بسم الله الرحمن الرحيم

جامعه أم القـــرى
كلية التربيه بمكه المكرمه
الدراسات العليا

نموذج رقم (٨) *

اجازه اطروحه علميه في صيغتها النهائيه
بعد اجراء التعديلات المطلوبه

الاسم (رباعى) : **حصه بنت حميد السبيعى** القسم : **علم النفس**
الدرجه العلميه : **الماجستير** التخصص **ارشاد نفسي**
عنوان الاطروحه : **علاقة الانتباه والادراك بالتذكر قصير المدى لدى الفصاميات والسويات .**

الحمد لله رب العالمين والصلاه والسلام على اشرف المرسلين وعلى آله وصحبه أجمعين وبعـــد ،،

فبناء على توصيه اللجنه المكونه لمناقشه الاطروحه المذكوره عاليه والتى تمت مناقشتها بتاريخ ١٨/ ٣ / ١٤٠٦هـ بقبول الاطروحه بعد اجراء التعديلات المطلوبه ، وحيث قد تم عمل اللازم .

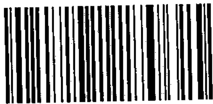
فان اللجنه توصي باجازه الاطروحه في صيغتها النهائيه المرفقه كمتطلب تكميلي للدرجه العلميه المذكوره اعلاه والله الموفق .

اعضاء اللجنـــه

المشرف	مناقش من القسم	مناقش من خارج القسم
الاسم : د. **ليلى عبد الجواد**	د. **محمد السيد البربرى**	د . **عبد اللطيف حميد الرائقي**
التوقيع : د. ليلى عبد الجواد	[signature]	[signature]

* يوضع هذا النموذج امام الصفحه المقابله لصفحه عنوان الاطروحه في كل نسخه

علاقة اضطراب الانتباه والإدراك بالتوجه الزمني
لدى
الفصاميات والسويات



إعداد الطالبة

حصة بنت حميد السبيعي

إشراف الدكتورة

ليلى أحمد عبد الجواد

مقدمة إلى قسم علم النفس بكلية التربية بجامعة أم القرى
كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي لسنة ١٤٠٦ هـ



جامعة أم القرى
مكة المكرمة

قال الله تعالى فى كتابه الكريم :

رَبَّنَا لَا تُؤَاخِذْنَا إِن نَّسِينَا
أَوْ أَخْطَأْنَا رَبَّنَا وَلَا تَحْمِلْ عَلَيْنَا
إِصْرًا كَمَا حَمَلْتَهُ عَلَى الَّذِينَ مِن قَبْلِنَا
رَبَّنَا وَلَا تُحَمِّلْنَا مَا لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِ
وَاعْفُ عَنَّا وَاغْفِرْ لَنَا وَارْحَمْنَا
أَنتَ مَوْلَانَا فَانصُرْنَا عَلَى الْقَوْمِ الْكَافِرِينَ

" سورة البقرة " آيه (٢٨٦)

الإهداء

أهدي ثمرة جهدي المتواضع إلى شقيقي الأكبر الدكتور سعد بن حميد السبيعي عنوان تقدير واعتراف بفضله المتواصل في حياتي . داعية بالتوفيق للجميع .

الباحثة

ملخص الدراســـة

تحاول هذه الدراسة الكشف عن العلاقة بين التذكر قصير المدى وكل من الانتباه والادراك لدى الفصاميات والسويات . بمعنى هل من الممكن أن تضطرب الذاكرة قصيرة المدى دون حدوث اضطراب في العمليات المعرفية الأخرى كالانتباه والأدراك؟، وهل توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أداء الفصاميات والسويات على اختبار التذكر والانتباه والادراك ؟ . وهل يمكن التمييز بين بعض الفئات الاكلينيكية المرضية من خلال مقياس التذكر قصير المدى واختباراته الفرعيه؟ واذا أثبتت الدراسة أن هنتاك فروقا ذات دلالة احصائية دالة (كمية) فان اختبارات التذكر قصير المدى تصبح من الأدوات التي تساعد على تشخيص المرضى لقدرتها على التمييز بين الفصاميات وغيرهن ، وقد تكونت عينة الدراسة من فصاميات وسويات وقد بلغت حجم العينة (٣٠) فصامية مزمنة ، (٢٨) فصاميات "حديثة " ، (٣٠) سوية وقد تم اختيار الفصاميات على أساس وضوح الاضطراب بالاضافة الى عدد من المحكات الاخرى وهن من نزيلات مستشفى الأمراض النفسية والعصبية بالطائف ومستشفى الملك عبد العزيز بالزاهر بمكة المكرمة .

وقد استخدمت الباحثة كأدوات لهذا البحث :

١- مقياس وكسلر للتذكر وقد قنن على البيئة السعودية .

٢- اختبار بندر جشتالت وقد قنن على البيئة السعودية .

٣- اختبار ايجاد ال (هـ) وقد قنن على البيئة السعودية
٤- قائمة المفردات لوكسلر بلفيو .

وقد أسفرت نتائج الدراسة عن علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائيا على الانتباه والدرجة الكلية لمقياس وكسلر للتذكر للسويات والنتائج في الاتجاه المتوقع ، ولم توجد ثمة علاقة بين الانتباه والتذكر لدى الفصاميات المزمنات وتتسق استجابات الفصاميات المزمنات مع استجابات الفصاميات" الحديثات" اذا اتضح انه لا توجد ثمة علاقة بين الانتباه والتذكر . كما أنه لا توجد علاقة موجبة ذات دلالة احصائية بين الادراك والتذكر لدى السويات ولعل القلق لدى الافراد الاسوياء قد يعكس نقصا في مدى الادراك . كما اتضح انه لا توجد علاقة موجبة دالة احصائيا بين الادراك (النقل) والتذكر بينما توجد علاقة ارتباطيه موجبة دالة احصائيا بين الادراك (استدعاء) والتذكر لدى الفصاميات المزمنات . كما اتضح انه توجد علاقة موجبة دالة احصائيا بين الادراك (النقل والاستدعاء) والتذكر لدى الفصاميات الحديثات ، اى أنه كلما نقص الادراك نقص التذكر . والادراك والتذكر يتعاملان بصورة مباشرة حيث تعتمد استعادة المادة على تذكرهن لها .

كما اوضحت النتائج ايضا ان اختبارات التذكر والانتباه والادراك قد ميزت عند مستوى دلالة ٠١ , ربين السويات والفصاميات (مزمنات ،

حديثات) ولم تميز النتائج بين الفصاميات المزمنات والفصاميات الحديثات في الانتباه والادراك (استدعاء) بينما ميزت في الادراك (نقل) عند مستوى ٠٥ر. وميزت الدرجة الكلية لاختبار التذكر بين الفصاميات المزمنات والفصاميات الحديثات لصالح المزمنات وهذا يجعلنا نصل الى أن حداثة المرض أكثر تأثيرا على التذكر قصير المدى أما في حالة الفصاميات المزمنات فالمرض والاضطراب أصبح اكثر استقرارا وبالتالى اعتادت المريضات على مرضهن واضطرابهن .

وعموما لا تزيد قيمة هذه الدراسة عن كونها بداية يرجى منها ان تشجع على المزيد من البحث .

.. ..

شكر وتقدير

الحمد للهالذى علم الانسان مالم يعلم والقائل في محكم كتابه " وفى انفسكم أفلا تبصرون " وأصلى واسلم على نبى الهـــــدى وامام المتقين وعلى آله وصحبه والتابعين ومن تبعهم باحسان الـــى يوم الدين .

أما بعد : فلا يسعنى بعد أن منالله على باكمال رسالـتى ووفقنى لاتمامها الا أن اتقدم بخالص شكرى وجزيل التقدير لاستاذتي الفاضلة الدكتورةليلى أحمد عبدالجواد المشرفة على هذه الرسالـــة لماقدمته لى مننصح وتوجيه حيث لمتبخل على بعلمها ووقتهاالثميـن ولا يستغرب ذلك عليها فقد حباها الله دماثة الخلق ورحابــــــة الصدر وغزارة العلم .

كما أتقدم بالشكر الى جامعة أمالقرى وعلى رأسها معالــــــى مديرها الدكتور راشد الراجح وسعادة عميد كلية التربية وسعـــادة رئيس قسم علم النفس الدكتور/ عبدالله صيرفى وجميع العاملـــين بمركز الحاسب الآلى على مابذلوه من عون ومساعده .

كما أتقدم بخالص شكرى لشقيقى الدكتــــــــور سعـــــــد حميد السبيعىالذى لم يكل ولم يتعب أو يتوانى عن الاخذ بيـدى والسير بها الى طريق العلم والمعرفة لأصبح مواطنة على قـــــدر من العلم تستطيع خدمة وطنها .

كما وأنى أتقدم بجزيل شكرى وتقديرى لشقيقى ومعينــــــى الدكتور سعود حميد السبيعى الذى لم يبخل على بتقديـــــم أى مساعدة عند لجوئي اليه .

الباحثة

حصة بنت حميد السبيعــى

١٦/٢/١٤٠٦ هـ

فهرس البحـــث

فهرس الجداول

الفصل الأول

المقدمة
مشكلة الدراسة
تساؤلات الدراسة
مصطلحات البحث
حدود البحث
خطوات البحث

المقدمـــة :

تعتبر العمليات المعرفية من أهم الموضوعات التى يدرسهـــا علم النفس ويشار اليها بالعمليات المركبة أو العمليات العقلية العليا ، ومـــن أمثلة هذه العمليات المعرفية، الادراك ، الانتباه ، الذاكرة ،الاستـــدلال تكوين المفهوم ، ويحدث الاضطراب في هذه العمليات في حالة المـــرض العقلى العضوى .

والذاكرة من الموضوعات التى لاقت اهتماما كبيرا منذ أمد بعيـد حيث نجد اهتماما بها عند فلاسفة اليونان أمثال أفلاطون وأرسطو، كذلـــك نجدها في كتابات عدد من الفلاسفة الانجليز الذين يمثلون الاتجـــــاه الترابطى كجيمس ميل ، توماس براون . وقد لخص براون قوانين الترابـــط الثانوية في كتاب علم النفس الترابطى حيث وجدت تلك القوانين طريقهـــا الدائم الى مراجع علم النفس تحت اسم الذاكرة ، ومن تلك القوانين :

١- " الفترة النسبية لبقاء الاحساسات الأصلية " فكلما طـــال تأملنا في الأشياء كلما زادت قدرتنا على تذكرها في المستقبل .

٢- " مدى الحيوية النسبية لتلك الاحساسات " فأجزاء سلسلـــة ما ترتبط ببعضها بشدة وبوضوح بقدر حيوية الاحساســـات الأصلية .

٣- " الحداثة النسبية " يتم تذكر الأحداث التى وقعت منـــذ ساعات قليلة على حين يتم نسيان ماحدث منذ أيام قليلة.

٤- " التردد النسبي " ترتبط أجزاء سلسلة ما بسهوله بقدر عدد مرات استعادتها .

٥- " تعايشها في الماضي مع روابط قليلة " فالأغنيةالتى لم نسمعها تستدعي ذلك الشخص الى ذاكرتنا .

(فلوجل ،ج ٠ل ، ١٩٧٦م، ٢٢، ٢٣ ، مترجم)

ولقد خضعت تلك القوانين للمعالجة الكمية على أيدى التجريبيين عند ما بدأوا في دراسة الذاكرة .

كما أنها موضوع هام للبحث السيكلوجي في نظريات علم النفس المختلفة حيث تمثل مكانة هامة في النظريات المختلفة بسبب دورها الحيوى في حياتنا . ولم تكن الذاكرة ـ كذلك ـ موضوعا للبحث السيكلوجي فقط بل انها أيضا موضوعا للبحث في العلوم البيولوجية فيما يعرف بالنظرية الفسيولوجية للذاكرة .

(محمد عماد فضلى ، ١٩٧٥م)

وتمثل وظيفة كل من الانتباه والادراك والتذكر أهمية فائقة في الحياةالعقلية ، واضطراب أى منهما يوءثر في تكيف الفرد في الوسط الاجتماعي الذى يعيش فيه ، وبالتالى يعد من أهم الأدلة على المرض العقلى .

وتفترض النظريات الحديثة في تفسير الذاكرة وجود أكثر من مخزن لهذه الوظيفة وكل منها له خصائصه : مدى التفكر المباشر ، التذكر قصير المدى ، والتذكر طويل المدى .

والفصام هو مرض ذهاني يوءدى الى عدم انتظام الشخصية

والى تدهورها التدريجى ، ومن خصائصه الانفصال عن العالم الواقعى الخارجى ، والمريض يعيش في عالم خاص بعيدا عن الواقع وكأنه في حلم مستمر .

(حامد زهران ، ١٩٧٨م ، ٤٥)

وهذه الأعراض الذهانية تسلك أحيانا مصيرا مزمنا وأحيانا أخرى نوبات متكررة ، ويحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الأعراض في أى مرحلة ولكن لا يعود الفرد للتكامل السابق .

(أحمد عكاشه ، ١٩٧٢م ، ١٤٤)

ومن المعروف أن اضطراب وظائف المخ الذى يحدث في الفصام يؤثر على العمليات المعرفية وفي مقدمتها وظائف الذاكرة .

وبالنظر الى التراث يتضح أن هناك دراسات عديدة للذاكرة قصيرة المدى ، والذاكرة طويلة المدى ، . ففي دراسة (وفيه الكموني ، ١٩٧٥) تناولت التذكر قصير المدى وبعض عوامل التدخل في ضوء السن والتحصيل الدراسي وقد افترضت في في دراستها أن التذكر المباشر أو قصير المدى قدرة مركبة يمكن تحليلها الى قدرات ثانوية أوليه وأن التحصيل الدراسي للطالب يتأثر بالتذكر المباشر ، كما أن المسنين يختلفون عن غيرهم من الصغار والراشدين في القدرات على التذكر ، وقد أيدت النتائج فروض الدراسة .

(وفيه الكموني ، ١٩٧٥م)

واستهدفت دراسة " طلعت منصور " الى الكشف عن العلاقات بين مظاهر فاعلية الذاكرة (وهو مايتحدد بسرعة وثبات

التذكر) وبين نوعية النشاط (وهو ما يتحدد باختلاف التذكر أى مضمون نشاط ابذاكرة) والمستويات النمائية للعمر من الطفولة الى المراهقة على نحو يمكن أن يؤدى الى فهم أوضح لمسار نموالذاكرة وتنشيط هذه الوظيفة العقلية المعرفية في مراحلها التكوينيه ، وخاصة في عمليات استيعاب الخبرة المدرسية ، وقد قامت الدراسة على تنويع مادة التذكر من ناحية ، وعلى استراتيجية ادارة هذه الطريقة من ناحية أخرى ، وعلى تعدد المحكمات الدالة على فاعلية نشاط الذاكرة من ناحية ثالثة .

وبالنظر الى التراث في بحوث علم النفس الاكلينيكى يتضح لنا قلة هذه الدراسات لدى بعض الفئات المرضية وخاصة لدى بعض الفئات المرضية من النساء .

ومن هذه الدراسات دراستين مكملتين لبعضهما ، حيث تناول كل من بوست (Post) وشابيروا (Shapiro) انجلز (Inglis) ظاهرة التذكر لدى حالات تعدت الستين ، وحالات فصامية لتبين قيمة هذا العرض في التمييز . كما استخدموا في الدراسة الثانية اختبار بندر جشتالت للتفريق بين مجموعة من كبار السن وذوى المرض العضوى ومجموعة من المرضى الوظيفين .

وقد دلت نتائج الدراسة أن المرضى العضويين أقل في مستوى أدائهم لهذا الاختبار من المرضى الوظيفين كما وأن عدم الدقة بالنسبة لهؤلاء المرضى لا يتأثر بالسن أو الذكاء .

(أحمد فائق ، ١٩٦١ ، ٤٩)

أى أن الدراستين السابقتين تعرضتا للتفرقة بين الاضطرابات الوظيفية والعضوية . ويعد التمييز بين الفئات الاكلينيكة بطريقة موضوعية مشكلة في مجال علم النفس الاكلينيكى ، فالتفرقة بين الاضطرابات الوظيفية والعضوية تحتاج الى مزيد من البحث والحسم وذلك لأنه يوجد قدر من التداخل في الحدود الفاصلة بين ماهو عضوى وماهو وظيفي .

أهمية الدراسة :

تتضح أهمية الدراسة وقيمتها العملية والتشجيعية وذلك من خلال وضع اختبارات موضوعية لقياس التذكر قصير المدى في علاقته بالانتباه والادراك ومثل هذه الاختبارات قد تساعد على القاء الضوء على أداء الفصاميات والسويات ، وهل يختلف أداء الفصاميات عن أداء السويات ، كما تتضح أهمية هذه الدراسة من خلالها لتعرف على نمط العلاقة بين الانتباه والادراك والتذكر وهل يمكن ان تضطرب الذاكرة قصيرة المدى دون حدوث اضطراب في العمليات المعرفية الاخرى كالانتباه والادراك . كما تطمح هذه الدراسة في مجال التذكر قصير المدى في الاعتماد على الفروق في القدرة على التذكر (اذا وجدت) في محاولة التميز أو التفريق بين الفصام الحاد والمزمن .

مشكلة البحث :

حيثأن موضوع البحث هو دراسة لبعض العمليات المعرفيــــــة ، الادراك والانتباه والذاكره قصيرة المدى لدى الفصاميات والسويــــات . وبما ان اضطراب وظائف المخ الذى يحدث في الفصام يؤثر علـــــــى العمليات المعرفية ، وفي مقدمتها وظائف الذاكرة .

وحيث ان النظريات الحديثة تفترض في تفسير الذاكرة وجود اكثـر من سعه لهذه الوظيفة ، وكل منهـا له خصائصه ، التذكر قصير المـدى التذكر طويل المدى .

وحيث أن البحوث في المجال الاكلينيكى لم تحاول أن تختبر الانتباه والادراك قبل اختبارها للذكر قصير المدى ، اذ من الممكن أن يكـــون الاضطراب في الانتباه والادراك ومن ثم لا يتم استقبال المنبه أو يتم استقباله بصورة مشوهه وبالتالى تكون استجابات المنبه أو يتم استقباله بصـــوره مشوهه وبالتالى تكون استجابات التذكر مضطربه لا ضطراباتالذاكرة ولكـن لا ضطرابات الانتباه والادراك .

وبالنظر الى التراث في بحوث علم النفس الاكلينيكى يتضح لنا قلـــة هـذه الدراسات لدى بعض الفئات المرضيه ، وخاصة لدى بعـــــــض الفئات المرضية من النساء .

وحيث ان التمييز بين بعض الفئات الاكلينيكية بطريقة موضوعيــــة مشكلة من أهم مشاكل البحث في مجال علم النفس الاكلينيكى والطـــــب النفسي العصبى فما زالت التفرقه بين الاضطرابات الوظيفية والعضويـــــة تحتاج الى مزيد من البحث والحسم ، حيث يوجد قدر من التداخــــــل في الحدود الفاصلة بين ماهو عضوى وماهو وظيفي ويقل معامل الثبــــات كلما اتجهنا من الذهان العضوى الى الذهـان الوظيفي الى القصاب.

تساؤلات البحث:

القسم الأول :

١- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية بين التذكر قصير المدى وكل من الانتباه والادراك لدى الفصاميات والسويات .
ويتفرع من التساؤل السابق التساؤلات الاتية :

- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين التذكر قصير المدى والانتباه لدى عينة السويات ؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين التذكر قصير المدى والادراك (نقل) لدى عينة السويات ؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين التذكر قصير المدى والادراك (استدعاء) لدى عينة السويات ؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين التذكر قصير المدى والانتباه لدى عينة الفصاميات المزمنات ؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين التذكر قصير المدى والادراك (نقل) لدى عينة الفصاميات المزمنات ؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين التذكر قصير المدى . الادراك (استدعاء) لدى عينة الفصاميات المزمنات ؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين التذكر قصير المدى والانتباه لدى عينة الفصاميات (حديث) ؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين التذكر قصير المدى ، الادراك (نقل) لدى عينة الفصاميات (حديث) ؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠,٠٥ بين التذكر قصير المدى والادراك (استدعاء) لدى عينة الفصاميات حديث ؟

القسم الثاني :

هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥٠ر بين الفصاميات والسويات على مقاييس التذكر قصير المدى ، الانتباه ، الادراك .

يتفرع من هذا التساؤل التساؤلات التالية :

- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥٠ر بين أداء الفصاميات المزمنات والسويات على اختبار التذكر قصير المدى ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥٠ر بين أداء الفصاميات الحديث والسويات على اختبار التذكر قصير المدى ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥٠ر بين الفصاميات المزمنات والسويات على اختبار الادراك (نقل) ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥٠ر. بين الفصاميات المزمنات والسويات على اختبار الادراك (استدعاء) ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥٠ر بين الفصاميات حديث والسويات على اختبار الادراك (نقل) ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥٠ر بين الفصاميات حديث والسويات على اختبار الادراك (استدعاء) ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥٠ر بين الفصاميات مزمنات والسويات على اختبار الانتباه ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥٠ر بين الفصاميات حديث والسويات على اختبار الانتباه ؟

القسم الثالث :

هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥ ٠ر بين الفصاميات المزمنات والفصاميات حديث على مقياس التذكر قصير المدى والانتباه والادراك ؟

يتفرع من التساؤل السابق التساؤلات التالية :

- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥ ٠ر بين الفصاميات المزمنات والفصاميات (حديث) على اختبار التذكر قصير المدى ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥ ٠ر بين الفصاميات المزمنات والفصاميات (حديث) على اختبار الانتباه ؟
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥ ٠ر بين الفصاميات المزمنات والفصاميات (حديث) على اختبار الادراك (نقل) .
- هل توجد فروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ٥ ٠ر. بين الفصاميات مزمنات والفصاميات (حديث) على اختبار الادراك (استدعاء) .

مصطلحات البحث :

١- الفصام Schizophrenia

الفصام مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدى الى تدهور في الشخصية والسلوك .

(أحمد عكاشة، ١٩٧٢، ١٤٤)

ويتضمن الفصام تلك الاختلالات الذهانية التي تتميز بالانسحاب من الواقع وباضطراب الملاءمة الانفعاليه وبالغريب من الكلام والفكر والأعراض الحركيه وكذلك تحدث الهذاءات ، والهلاوس .

(ريتشارد ٠م٠ سوين، ١٩٧٩م، ٦٦٣مترجم)

٢- الفصام الحاد Acute Schizophrenia

تكون أعراضه حاده وفجائيه الظهور .

(حامد زهران ،١٩٧٨م، ٤٥١)

٣- الفصام المزمن Chronic Schizophrenia

حيث يمر المرض بعدة مراحل يتقدم فيها حتى يزمن اذا لم يعالج منذ البداية .

(حامد زهران ،١٩٧٨م، ٤٥١)

٤- الذاكرة Memory

تكوين عقلى يستخدم ترميز وتخزين واسترجاع المعلومات .

(Murdock, 1974)

٥- الذاكرة المباشرة : Immediate memoly

هى القدرة على تذكر ماقدم خلال ثوان قليله ماضيه .

(English,English, 1960, P. 314)

ويعرفها برود بنت بالذاكرة قبل الادراكية وهذه الذاكرة تحتوى على المعلومات التى تصل من خلال الحواس قبل تحليلها وتصنيفها في فئات ، والمعلومات لا تستقر فيها لأكثر من ثانية الا اذا انتقلت الى مخزن آخر .

(Broadbent, 1969)

زيمكن تمييز التذكر قصير المدى (Short-Term Memory) اجرائيا عن التذكر المباشر فانه في التذكر قصير المدى يوجه انتباه المفحوص بعيدا عن المادة المثيرة قبل أن يطلب منه استرجاعها من الذاكرة . لذا يطلب من المفحوص أداء بعض الاعمال المقحمه قبل أن يطلب منه استرجاع المادة .

(Payne, 1973,422)

٦- الانتباه : Attention

هو العملية التى يحافظ الكائن الحى من خلالها على انشغاله بمجموعة من المنبهات .

(Payne, R.W.1973, 434)

٧- الادراك : Perception

هو العملية التى يتم من خلالها اعطاء المعنى والدلالة للمنبهات الحسيه المدركة . ويتضمن الادراك كل من الوعى والتعرف على مثير حسي ذى معنى ، أى أنها عملية فعاله حيث ترتبط فيها الخبرة الحالية



بالخبرة الماضية وتأخذ معنى .

(Ilnford Ress, W.L., 1978, 69)

فحين تصدر مجموعة المنبهات من البيئة الخارجية فتلفت نظر الفرد ليكون الانتباه ثم يستقبلها ويحاول تفسيرها في ضوء خبراته السابقة ، هنا تعمل قدرة الادراك ، واذا استعادها وبعد أن يوجه انتباه المفحوص بعيدا عن المادة المثيرة هنا يكون التذكر قصير المدى .

حدود البحث :

تتحدد نتائج هذه الدراسة بالعينة المستخدمة فيه والتي تشمل فصاميات من مستشفى الامراض النفسية والعصبية (بالطائف) ، ومستشفي الملك عبدالعزيز (بالزاهر) ومقارنتهن بعينة من السويات من الموظفات والاداريات من كلية التربية جامعة أم القرى ومن المعارف واداريات بالمدارس المتوسطة بحضر مكة المكرمة ، والتى تتراوح اعمارهن مابين ٢٠ سنة - ٤٠ سنة وهن من السعوديات . كما تتحدد النتائج أيضا بالمفاهيم المستخدمة فيها . وكان استعمال الاهتبارات المستخدمة في الدراسة اسطالا فيه مجازفة من الباحثة ، فعلى حد علم الباحثة لم تجر أية دراسة عليها في المملكة ، غير ان الباحثة حاولت ان تقنن اسلوب اجرائها واسلوب تصحيحها والتزمت به ، حاولت الباحثة أن تجعل الحكم على النتائج حكما كميا اكثر منه كيفيا ، لذلك فالتعميم لن يخرج الا في حدود ماتقيسه هذه الاختبارات من وظائف معرفية .

أما عن حدود البحث الزمانية فلم يكن هناك تحديد زمني تتقيد به الباحثة أثناء فترة التطبيق لا سيما اذا كان التطبيق فرديا حسب ظروف تواجد أفراد العينة لموضوع الدراسة ، وقد تراوحت الفترة مابين جمادى الاولى ١٤٠٤هـ حتى تاريخ اجازته .

خطوات البحث :

ويمكن تلخيصها في الآتي :

١- وضع اطار نظرى للبحث يشمل :

١- تاريخ البحث في مشكلة الفصام .

٢- التعريف بالمفاهيم والمصطلحات التى يتضمنها موضوع البحث وتشمل : الانتباه ،الادراك ، التذكروا ضطراباتها

٣- عرض للدراسات الأجنبيه والعربية التى تمت في مجال البحث الحالى والتى تتصل به بصفة مباشرة أو غير مباشرة ثم تعقيب على هذه الدراسات وابراز مدى افادة الباحثة من الاطلاع عليها .

٤- تخصيص فصل لشرح اجراءات التجربه الاستطلاعيه بهدف تقنين الأدوات ، واختيار أفراد العينة ، وشرح لأهم الخطوات التى تمت في هذا الصدد ، حتى أصبحت الباحثة مطمئنة الى صلاحية الأدوات للاستخدام في البيئة السعودية ، ثم التطبيق النهائي على العينة الأساسية في الدراسة الحالية .

٥- معالجة النتائج وتحليلها احصائيا ، ومناقشة التساؤلات المطروحة في مقدمة البحث وتفسير هذه النتائج .

٦- الفائدة التطبيقية لهذة الدراسة :

الجانب التشخيصى والجانب السيكومترى .

٧- وضع بعض الأفكار لبحوث ودراسات جديدة في هذا المجال .

الفصل الثانى

الإطار النظرى للبحث

١- تاريخ البحث

فى مشكلة الفصام

٢- العمليات المصرفية واضطراباتها.

٣- الدراسات السابقة.



تاريخ البحث في مشكلة الفصام :

تلعب اضطرابات التفكير والادراك والتذكر دورا هاما في تهيئة الفرد للاصابة بالمرض العقلي ، ويظهر هذا الاضطراب واضحا لدى الذهانيين وخاصة الفصاميين ، لأن هذا المرض يتميز بالاضطرابات المعرفية ، الا أنه بصفة عامة يدل على فقدان الاتزان الانفعالي وسوء التوافق النفسي والاجتماعي

ومما لا شك فيه أن هناك ترابطا بين العمليات العقلية بعضها ببعض فاضطراب أحدها يؤثر على الأخرى ويتأثر بها .

ويعتبر الاضطراب الفكرى أحد المحكات الرئيسية للمرض العقلي ، وفي الواقع فان القدماء اعتبروا كل أنواع التصرفات الشاذة صادرة من الفكر المضطرب ، ولذلك وعلى سبيل المثال فان افلاطون اعتقد أن الأفراد الذين كانوا سعداء للغاية أو تعساء للغاية محرومون من العقل .

(Payne , 1973, 420)

وقد كان هناك دائما من كانوا يرجعون الاضطرابات العاطفيه الى الفشل في الفهم ، وأولئك الذين يرجعون التفكير المضطرب الى الاضطرابات العاطفية ، واولئك الذين يتمنون ان يعتبروا الاثنين اضطرابين مستقلين لنواحى مختلفة للعقل الانساني " المعرفة" Cognition " العاطفة " affect .

قد اعتبر الفصام Schizophrenia بصورة رئيسية اضطرابا معرفيا ، وذهان الهوس والاكتئاب اضطرابا عاطفيا والعصاب يمكن أن يعتبر اضطرابا للنزوع Conation .

(Payne, 1973, 420)

وحتى في الأزمنة القديمة فقد كان هناك من لم يوافق على وجهة النظر هذه واتفقوا مع نظرة بعض المحللين الفرويد يين (Freudian) وذلك بأن كل الامراض الذهانية ناتجة بصورة رئيسيه من الاضطرابات العاطفيه ومثال ذلك اسليبدز (Asclepides) الذى كتب في القرن الأول بعد الميلاد . وقد كان اسليبدر ملاحظا حريصا للظواهر الذهانيه، وكان أول من فرق بوضوح بين الهذاءات delusions ، والذهان (Psychotic) .

(Payne, 1973 . 420)

أى أنه في العصور القديمة كاد الفلاسفة ان يتوصلوا الى تفرقه واضحة بين اضطرابات العقل واضطرابات العاطفه Affect . وقد أرسوا بذلك الأسس الرئيسية للتقسيم الفرعى للذهانيين في النظام الكربلينى . والفكرة بأن الاضطرابات المعرفية والعاطفية مستقلة كونت بصورة واضحة من قبل أرسطو (٣٠-٩ بعد الميلاد) في الأزمنة الرومانيه والذى أعتقد بأن اضطرابات العقل نابعة من الرأس على حين اضطرابات العواطف نابعة من المعدة.

أى أن ارسطو استطاع ان يقدم تقسيما للقوى العقليه له أهميته الى مظهرين رئيسين الأول عقلى معرفى والثاني انفعالى مزاجى خلقى دينامى حركى .

(فؤاد البهى ، ١٩٧٦م، ٢٠٣)

ويعود الفضل الى الفيلسوف اليونانى افلاطون في التمييز بين ثلاثة اجزاء من النفس هى مايعبر عنه بالعقل والشهوة والغضب .

ويرى بيروت أن مفاهيم افلاطون يمكن التعبير عنها بلغة

علم النفس الحديث بالنواحى العقلية والانفعالية والخلقية ، كما يمكن أن تستخدم الفاظ المعرفة والوجدانيه والنزوع .

(فوءاد أبو حطب ، ١٩٧٣م، ١٦٧)

وقد استعرض أحمد فائق التطور التاريخى للفصام اذ أفاد بأن أول محاولة جديه في وصف الفصام عام ١٨١٨م بما وصفه هاينروث (Heinroth) بأنه مجموعة من الناس يصيبها حسب مارأى فيها اضطراب في القدرة العقلية . واختار لها التسمية الألمانيه (Verrukheit) وتقابل في لغتنا الجنون أو الاضطراب الذهاني وفيما يبدو أنه كان يقصد منها الحالات التي يطلق عليها الآن البارانويا . لذلك تبعه جرزنجر (Griesnger) فاستعمل نفس التسمية لوصف الحالات التى تعاني من هذاءات العظمة والاضطراب ، ولو وضعنا في اعتبارنا أنه في بداية القرن التاسع عشر لم يكن ماهو فكرى وماهو عقلى متميز تماما لاتضح لنا أن كليهما يرجع تلك الأعراض الى اضطرابات التفكير دون شك .

(أحمد فائق ، ١٩٦١، ١٣)

ومنذ أوائل القرن العشرين بدأ اهتمام علماء النفس بدراسة الفصام يتبلور في شكل واضح من تحديد مظاهر المرض وأعراضه ، ثم وضع تصنيفات له وكذلك البحث في منشئه من حيث انه وراثي أم نتيجة لظروف اجتماعية ، واذا نظرنا الى بداية الاهتمام التاريخى بالفصام كنظرة علمية نجد أنها ترجع الى عام ١٨٤٩م حيث وصف كونولى Connely حالات تشبه في اعراضها حالات المرض بالاكتئاب دون تبين لما يصيبهم من حزن.

وفي عام ١٨٦٠م ظهر أول مجهود واضح لوصف الفصام ذاته ففي ذلك العام وصف موريل (B. Morel) حالة صبى مراهق اصيب بتدهور عقلى واكتئاب مصحوب بمجموعة من المشاعر الاضطهادية

نحو والده مع تسلط فكرة القتل على عقله ، وفقدانه لذكائه ونشاطه ، وقد أطلق موريل على هذه الحالة اصطلاح الخبل المبكر .

غير أن موريل (Morel) كان يعتقد أن المرض الفصامي وراثي ، وأنه لا أثر للبيئة في احداث المرض .

وقد ذكر أحمد فائق أن كالباوم (Kallbaum) أشار الى نفس المعنى لمفهوم الخبل المبكر ، ولكنه كذلك ساهم باطلاق التسمية المعروفة هيبفرينا (Hebophrenia) ، وتعود الى كالباروم أيضا تسمية البارانويا (Paranoia) ١٨٧٣م لفئة من المرضى يتميزون عن غيرهم بوضوح اضطراب التفكير ، وقد ترجمت في العربية الى ذهان الهذاءات .

(أحمد فائق ، ١٩٦١م ، ١٤-١٥)

وأفاد أحمد عكاشة بأن كريبلين (Kreapelin) بدأ في دراساته عن الطب النفسي والعقلي بتصنيف هذه الأمراض ، اذ ذكر أن كريبلين (Kreapelin) توج هذه المرحلة عام ١٨٩٦م بتقسيمه الشهير للامراض العقليه ، وقد جعل الخبل المبكر على رأس قسم عظيم من تلك الأمراض . وقد سمى كريبلين هذا المرض بالعته المبكر (Dementia Precox) عام ١٨٩٩م اعتقادا منه أنه مرض يتميز بالعته . ويبدأ في سن مبكره ، أى عكس الشيخوخة ، وقد نجح كريبلين في ايجاد صفة مميزة لهذا المرض ، لأنه قبل ذلك صنف وقسم الى عدة أنوع مما أفقده صبغة اكلينيكيه مستقلة .

(أحمد عكاشه ، ١٩٧٦ ، ١٤٤)

واستطاع كريبلين أن ينسب الى الفصام ثلاث صفات تشخيصيه هي عدم انسجام في الاستجابات الانفعاليه والسلوكيه والعقليه لدى

الشخص ، مما يؤدى الى الاضطراب والانتهاء به الى حالة من الهيـــاج العقلى المصحوب بالهلاوس والهذاءات ولا يقف المرض في هذا التقسيــم عند حد بل يصحب المريض تدهور تلازمه ظهور اعراض ثانوية تجعــل الأمل في شفائه صعبا او يكاد يختفي .

(ريتشارد -م - سوين ، ١٩٧٩ ، ٦٦٣ ، مترجم)

ثم جاءت النقلة الثانيه في تاريخ البحث في الفصام حيـــث صاغ ماير (Mayer) نظرية عن الفصام في ضوء مقارنة عقدها بيـــن المريض والسوى وخرج من تلك المقارنة بأن الفصام يشير الى خلل يصيـــب الذهن في عناصره التى نجدها لدى الأسوياء مع اختلاف في كم الخلل .

ويرى (أحمد عكاشة) أن التخلى عن مصطلح الجنـــون المبكر يرجع الى أوجين بلوير (Eagen Bleuler) عام ١٩١١ ، فهذا أول من اسماه بالفصام أو السكيزوفرينيا .

أما معنى الكلمة الحرفي فمشتق من كلمتين ، سكيز (Schiz) ومعناها الانقسام أو الانفصام ، وفرينيا (Phrenia) ومعناهــــا العقلى أى انقسام أو انفصام العقل وليست الشخصية كما يعتقد الكثيرون .

وقد رفض بلويلر (Bleuler) مصطلح الجنون المبكـــر لأنه وجد أن التدهور لم يكن هو النتيجة الحتمية لعملية المرض كمــــا أن المرض لم يظهر في كل الحالات أثناء فترة المراهقين .

(Campbell, R.J. 1981, 564)

(أحمد عكاشة ، ١٩٧٦م ، ١٤٤)

وأفاد كامبل (Campbell) بأن بلوير عرف الفصـــام على أنه مجموعة من الأعراض الذهانيه تسلك احيانا مصيرا مزمنا ، واحيانـــا

أخرى نوبات متكررة ويحتمل أن تتوقف أو تتدهور هذه الاعراض في أى مرحلة ولكنه لا يعود الفرد للتكامل السابق ووضح بلوير أن الطبيعة المتعددة الأبعاد للفصام ، وقرر أنها ذات طبيعة عضوية ، ولكنه في نفس الوقت أكد على الخصائص النفسيه والفسيولوجيه كأسباب لنشوء وتطور الفصام
(Campbell, R.J. 1981, 564)

وذكر (كمال الدسوقي) أن الفصام كلمة من أصل يوناني معناها تشقق النفس (Splitting of the psycho) أو تصدع العقل (Splitt of the soul) وتلاحظ الاستجابة الفصامية مابين سن (١٨) الى (٣٠) سنة .

(كمال الدسوقي ، ١٩٧٤م ، ١٣٥)

وأفاد كامبل (Campbell) أن الفصام هو مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الاعراض النفسية والعقلية التى تؤدى ان لم تعالج في بدء الأمر الى اضطراب وتدهور في الشخصية والسلوك ، وأهم هذه الأعراض اضطرابات التفكير ، والوجدان ، والادراك ، والسلوك .

(أحمد عكاشة ، ١٩٧٦م ، ١٤٤)
(Campbell, R.J., 1981, 564)

ويتضمن الفصام تلك الاختلالات الذهانية التى تتميز بالانسحاب من الواقع ، وباضطراب الملاءمة الانفعالية ، وبالغريب من الكلام والفكر والأعراض الحركية ، كذلك تحدث الهذاءات والهلاوس .

(ريتشارد . م . سوين ، ١٩٧٩م ، ٦٦٣ ، مترجم)

واستعرض (علاء كفافي) رأى ارتيي (Arieti) الذى استخدم مصطلح الفصام باعتباره وحدة واحدة . وأن الفصام من أكثر

أمراض العصر انتشارا ، وفى نفس الوقت من أكثر الأمراض تعرضا للاهمال من جانب الأطباء . وأول المشكلات المحيطه بالفصام هي ماهيه الفصام هل هو مرض واحد له أعراض متعددة مثل بقية الأمراض أم أنه مجموعة من الأمراض والأعراض ، والاستجابات تجمع بينهما رابطة مشتركة تبرر اطلاق اسم واحد عليها ، وأنه مجموعة أمراض لا تجمع بينها رابطة ومن التعسف محاولة جمعها معا في مرض واحد يحمل اسما واحدا .

(علاء كفافي ، ١٩٧٩م، ١٠٢)

وتختلف المحكات التشخيصية لمجموعة الاضطرابات الفصامية اختلافا كثيرا حيث قدم الدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات العقلية (الطبعة الثالثة) DSM III محكات اجرائية لكل فئة تشخيصية لزيادة درجة ثبات التشخيص بين مختلف العاملين في مجال الصحة العقليه . وقد تم تحديد الفصام بوصفه مجموعة كبيرة من الاضطرابات تتضمن عدم انتظام وظائف كانت منتظمة من قبل ، بعض السمات الذهانيه (مثل الهذاءات والهلاوس) أثناء المرحلة النشطة من المرض، وجود اضطرابات مزمنة في مختلف العمليات النفسية اللغة والتواصل ، محتوى التفكير ، الادراك ، الوجدان ، العلاقة بالعالم الخارجي، الارادة ، السلوك الحركي .

تم الاتفاق على تصنيف الأنواع الاتية من الفصام . الهيبفرينيا ، الكتاتونيا ، البارانويا . أما الأعراض ذات المظاهر المشابهة ولكن فترة استمراريتها تكون اقصر ، فيطلق عليها الاضطرابات شبه الفصاميه والأمراض التى لا تظهر فيها سمات ذهانية (مثل الحالات البينيه) فانها تصنف على أنها اضطراب في الشخصية .

(Campbell, R.J.1981,564-565)

وقد استعرض كامبل (Campbell, R.J.) تقسيمات بلوير (Bleuler) لأعراض الفصام حيث قسمها الى مجموعتين ، أعراض أساسية أو أوليه وهى التى تميز عمله المرضى وتنشأ منها ، الأعراض الثانوية والتى غالبا ما نراها في الفصام ، والتى قد تحتل مكان الصدارة بين الأعراض .

ولكننا قد نراها في مجموعات مرضيه أخرى وخاصة في الاستجابات المرضيه العضوية (الزملات Syndromes المخيه الحادة والمزمنة) .

وتشمل هذه المجموعة الثانية بعض الأعراض مثل الهلاوس والهذاءات واضطرابات الذاكرة .

وتشمل الاعراض الأساسية Fundamental للفصام مايلى :
١- اضطرابات في التداعي ٢- اضطرابات في الوجدان ٣- ثنائيه الوجدان والعقل والاراده ٤- قصور في الانتباه ٥- اضطرابات في الارادة ٦- اضطرابات النشاط والسلوك .
(Campbell, R.J,1981,565)

وبينما لا تزال الأسباب المسئولةعن المرض مجهولة ، فان الدليل القاطع يؤيدا دراك الفصام بوصفه مرضا وراثيا يتضمن وجود انزيمات خاصة بالجسم لدى المرضى .

وقد ذكر كامبل (Campbell) صور المرض حيث قسمها بلوير (Bleuler) الصور الحاده ، الصور المزمنه من المرض ، وذلك بناءعلى الاعراف السائدة في أية حالة . والاعراض السائدة هي في الغالب الاعراض الثانوية .

وقد استعرض(أحمد عكاشة) تقسيم العلماء للمرض وأفاد بأنهم اختلفوا في تقسيمهم للمرض، بل واختلفت الدول في تقسيماتها لهذا المرض ، وقد قسم بلوير الفصام الى الكتاتونى ، فصام المراهقة ، وفصام البارانوى ثم اضاف الفصام البسيط.

(أحمد عكاشة ، ١٩٦٩م، ٢٠٧)

١- الفصام البسيط

وهو من أصعب الأنواع تشخيصا نظرا لغياب الأعراض الشديدة وصعوبة تمييزه عن بعض الأمراض الأخرى أو اضطرابات الشخصية .

(أحمد محمد عكاشة، ١٩٦٩م، ٢٠٧)

ويتميز بالآتي :

أ - يبدأ في سن مبكره بين ١٥-٢٥ سنه ويزحف ببطء وتدريجيا حتى ينتهى بتدهور مستمر في الشخصية .

ب - يتميز باضطرابات في الوجدان والاتزان ولا يظهر أى اعراض كتاتونيه أو هذاءات أو هلاوس ويحتمل وجود بعض الاضطرابات البسيطة في التعبير عن التفكير لصعوبة التركيز وضعف التفكير التجريدى .

جـ - ينتشر هذا النوع بين اقرباء مرضى الفصام وبين موظفي الدرجات السفلى وبين المدمنين والمجرمين والمنحرفين جنسيا ، كما أنه يكثر بين متوهمى العلل البدنية .

٢- الفصام العقلى (الهيفرنيا) (Hebephrenia)

وأصل هذه التسميه مشتق من مقطعين (Hebe) بمعنى الطفولة والمقطع الثانى (Phrenia) بمعنى العقل ولو اردنا أن نقربها

قلنا عنها جنون الطفولة .

(أحمد فائق ، ١٩٦١ ، ١٥)

ويتجمع في هذا النوع كل أعراض الفصام السابق ذكرها ويبدأ الفصام ، البسيط في سن مبكره ويزحف ببطء وان لم يعالج ينتهى بتدهور تام في الشخصية وأهم مايميز هذا النوع .

١- اضطرابات التفكير بكل أنواعها خصوصا صعوبة التركيز .

٢- اضطرابات الارادة والسلبية .

٣- اضطرابات الوجدان من التبلد والتجمد الى عدم التناسب الانفعالى .

٤- الهذاءات المتغيره ، واحيانا الهلاوس السمعية .

٥- اضطرابات السلوك مع تصرفات اندفاعية تلقائية وغير مفهومه .

٦- اختلال الانيه والعالم الخارجي حيث يبدأ المريض في الشعور انه قد تغير وان منظره وسيره وسلوكه ليس كما كان وان العالم من حوله قد تغير ويبدأ الاحساس وكأنه في حلم دائما .

(أحمد عكاشة ، ١٩٦٩ ، ٢٠٩)

٣- الفصام الكتاتونى Catatonic Schizo

لقد أطلق كالباوم هذه التسمية على مجموعة من المرضى يبدأون بحالة من الاكتئاب ثم الهلاوس ثم يتلوها التصلب العضلى فالخلط الذهني الذى ينتهى بالتدهور الفعلى واختيار تسمية الكتاتونيا لهذه المجموعة المرضيه من المقطع Kata بمعنى تحت Tonos من Tension بمعنى التوتر.

(أحمد فائق ، ١٩٦١ ، ١٥)

ويبدأ هذا المرض في سن متأخر ، من ٢٠ : ٤٠ سنة ويتميـــز باضطرابات الحركة وعادة مايتحسن مع العلاج .

٤- الفصام الخيلائي Paranoid - Schizo

وقد حدد كالباوم أيضا هذه التسمية لفئة من المرض يتميزون عن غيرهـــم بوضوح اضطراب التفكير من المقطع Para بمعنى الانحراف والمقطع الثاني Nous بمعنى العقل وتترجم ايضا الى ذهان الهذاءات .

(أحمد فائق ، ١٩٦١ ، ١٥)

ويعتبره البعض نوعا منفصلا عن الفصام لاختلافه عن باقـــي الانواع في كثير من المظاهر ، فاثر العوامل البيولوجية والوراثية ضعيفة . وتلعب البيئة دورا هاما في نشأته ثم أنه يبدأ في سن متأخره بعد ســـن الثلاثين، كذلك تقل نسبة التدهور الاجتماعي في الشخصية عن باقـــي الأنواع وتتميز . اكلينيكيا بالهذاءات والهلاوس دون اثر للاضطرابـــات الاخرى للفصام بل واحيانا ماتكون الشخصية متكاملة مع بعض الاستبصـــار لدرجة أن المريض ينكر اعراضه ولا تظهر الا اذا أثير اثارة شديدة .

(أحمد فائق ، ١٩٦١ ، ٢١٠)

ومن الأعراض الهامة لدى الفصامى البارانوى احساســـه بفقدان الهويه وفقدان الانتماء الى الجنس .

وقد ذكر كامبل (Campbell) بأنه منذ أن وضـــع بلوير تصنيفه ، قد مت تصنيفات اخرى مختلفة منها : ١- فصام الطفولـــه. ٢- الفصـــام الحـــاد ٣- الفصـــام المتنقـــل أو (الدوار) (ambulotory) ٤ - الفصام المزمن .
(Compbell,R,J,1981, 565)

على أن هناك تصنيفات اكلينيكيه اخرى للفصام باختلاف الموقف من الذهان بصفة عامة ومن الفصام بصفة خاصة وتتراوح التصنيفات من أربعة الى تسعة وأحيانا اكثر من ذلك بكثير.

من خلال العرض السابق لتاريخ البحث في مشكلة الفصام

نتبين أنه في عام ١٨٦٠م ظهر أول مجهود واضح لوصف الفصام حيث وصف موريل (Morel) حالة صبى مراهق أصيب بتدهور عقلى وقد أطلق موريل (Morel) على هذه الحالة اصطلاح الخبل المبكر.

وفي عام ١٨٩٦م نجح كريبلين (Kreapelin) وذلك من خلال دراسة عن الطب النفسي العقلى ان ينسب الى الفصام ثلاث صفات تشخيصيه في عدم انسجام في الاستجابات الانفعاليه والسلوكيه والعقلية لدى الشخص .

ثم جاءت النقله الثانية في تاريخ البحث في الفصام حيث صاغ ماير (Mayer) نظرية عن الفصام في ضوء المقارنة بين المريض والسوى وان الفصام يشير الى خلل يصيب الذهن في عناصره التى نجدها لدى الاسوياء مع اختلاف في كم الخلل .

منذ اوائل القرن العشرين بدأ الاهتمام بدراسة الفصام تتبلور بشكل واضح من تحديد مظاهر المرض واعراضه وكذلك البحث في منشئة يرجع التخلى عن مصطلح الجنون المبكر الى بلوير (Bleuler) عام ١٩١١م . حيث وجد بلوير (Bleuler) أن المرض لم يظهر في كل الحالات أثناء فترة المراهقة ووضح بلوير (Bleuler) الطبيعه المتعددة الأبعاد للفصام وقرر أنها ذات طبيعة عضويه وأكد في نفس الوقت على الخصائص النفسيه والفسيولوجيه كأساس لنشوء وتطور الفصام .

وقد اختلفت المحكات التشخيصية لمجموعة الاضطرابات الفصامية اختلافا كبيرا . ولقد تم الاتفاق على تصنيف الانواع الاتيه من الفصام ـ وذلك في الدليل التشخيصى والاحصائي للاضطرابات العقليه (الطبعة الثالثه) الهيفرنيا ـ الكتاتونيا ـ البارانويا . أما الاعراض ذات المظاهر المشابهه ولكن فترة استمراريتها تكون أقصر فيطلق عليها الاضطرابات شبه الفصاميه . والامراض التى لا تظهر فيها سمات ذهانيه مثل (الحالات البينيه) فانها تصنف على أنها اضطرابات في الشخصية .

وعلى حين لا تزال الأسباب المسئوله عن المرض مجهولة الا أن هناك أدلة تشير الى ادراك الفصام بوصفه مرضا وراثيا يتضمن وجود انزيمات خاصة بالجسم لدى المرضى .

وقد قسم بلوير (Bleuler) صور المرض الى صوره حاده وصوره مزمنه وذلك بناء على الأعراض السائدة في أية حالة . وقد أضاف بلوير (Bleuler) الى تقسيمات المرض الفصام البسيط .

الا أن هناك تصنيفات اخرى تبعت تقسيم بلوير وتختلف هذه التصنيفات باختلاف الموقف من الذهان بصفة عامة ، ومن الفصام بصفة خاصة وتتراوح من أربعة الى تسعة وأحيانا اكثر .

العمليات المعرفية واضطراباتها

١- الإنتباه .

٢- الإدراك .

٣- اضطرابات الانتباه والإدراك .

٤- التذكر كعملية عقلية .

٥- اضطرابات الذاكرة .



الانتباه : Attention

تأثر الاتجاه المعاصر لدراسه الانتباه بدرجة كبيرة بالبحوث النيورفسيولوجيه . فالانتباه بوصفه سلوكا يرتبط باستجابات تلك الأنظمة (أجهزة المخ) وايضا بالاستجابات العصبية العضليه التى تتحكم في اتجاه العينين والاذنين والحواس الحسيه الخارجيه الأخرى . ويعد التركيز على عمليات الاستجابه ـ الذى حدث منذ منتصف هذا القرن تخليا واضحا عن وجهة النظر التقليديه كما عبر عنها تيتشنر ١٩٠٨م ووليم جيمس ١٨٩٠م . والتى ترى أن الانتباه هو جانب من البناء الشعورى .

ومازالت بعض التصنيفات المنتميه للاتجاه التقليدى محتفظه بأهميتها ، على سبيل المثال مازالت توجد فكرةالدخول القبلى Prior entry وهى القائله " ان موضوع الانتباه يدخل الشعور اسرع منالموضوعات التى لا تنتبه اليها (تيتشنر، ١٩٠٨، ٢٥١).

ومازالت تلكالفكرة هى الاساس للاستخدام المعتاد للاستجابة الكامنه للانتباه .

(Douis,L.Sills,1968, 263)

وكذلك موقف فونت الذى يرى أن الانتباه غير مستمر ومتقطع . وقد القى هذا الموقف بظلالهعلى النماذج الحديثة للانتباه التى تركز على العمليات المنفصله (مثل برودباينت) ١٩٥٨م وبصفة عامه فان الاتجاه الكلاسيكى ككل لا يعتبر اتجاها ناضجا لأنه لم يستطع أنيقدم مثالا واضحا ومنتجا للبحث في مجال الانتباه .

ولذلك تقدم معظم المراجع تغطيتها لهذا الموضوع مصحوبه باعتراف " ان حالةالانتباه في علم النفس المنظم لم تحدد بعد وما زالت مبهمة منذ زمن طويل ، واعتبر كل من التحليل النيوروفسيولوجى والاتجاهات السلوكيه ان الاهتمام بموضوع الانتباه هو موضوع في صميم العلوم السلوكية .

(Douis, L. Sills, 1968, 263)

وقد يعرف الانتباه اما بوصفة النشاط الانتقائي الذى يميز الحياة العقليه ، او بوصفه حالةمن التوحيد النسبى للفكرة monoidism أو بوصفة حاله منالشعور تتميز بمستويات من الوضوح الحسى أو التصورى تيتشنر (Titchner) أو بوصفه نزوعا موجها نحو تعرف أوضح على موضوعه . ستوت (Stout) .

(James Drever, 1977, .22)

ويعرف قاموس العلومالسلوكية الانتباه

١- اختيار وادراك مثير معين أو مدى من المثيرات يكون جزءاً من موقف مثير مركب .

٢- توافق اعضاء الحس ، والجهاز العصبي المركزى للسماح بالقدر الاكبر من الاستثاره .

٣- حالة من الوضوح الحسى الشديد ، حالة من الشعور يبرز فيها احدى المحتويات العقلية بوضوح عن بقية المحتويات .

(Benjamin B. Wolman, 1973)

ويرى بين (Payne) انه من أجل ان نسجل كل المعلومات

بالمشكلة فانه من الضروري من البداية ان ننتبه الى كل الدوافع المتعلقة ، فاذا كان انتباه الشخص مشتتا فان معلومات معينه سوف تفقد وعليه ان الحل الصحيح سيكون مستحيلا .

(Paynem 1973 , 421)

وفي الانتباه يبلور الانسان شعوره على شئ ما في مجاله الادراكي ، او هو الحالة العقليه التي يبدو فيها شعور المرء مكونا من بؤره وحاشيه ، وعلى أساس الميل يمكن أن نميز بين الانواع الثلاثة الاتيه : الانتباه القسرى ـ الانتباه الارادى ـ الانتباه التلقائي .

وتمثل سعه الانتباه المدى الذى يستطيع المرء أن ينتبه اليه أو أن يحصر اهتمامه فيه ، وعدد الأشياء التى يستطيع أن يدرسها المرء في آن واحد .

والزمن الذى يستطيع المرء خلاله ان يحصر ذهنه فيما يقرأ دون التفكير في شئ آخر .

(محمد مصطفى زيدان ، ١٩٧٩ ، ١٥٣)

والتعريف الاجرائي الذى تبنته الباحثة للانتباه (Attention) هو العملية التى يحافظ الكائن الحى من خلالها على انشغاله بمجموعة من المنبهات .

(Payne R.W., 1973 , 434)

الادراك Perception

الادراك هو العملية العقليه التى يتم فيها التعرف على طبيعة شئ من خلال ارتباط الذاكرة بما تحويه من أشياء اخرى - ارتباطها واتصالها بالحواس مثل النظر والشم .. الخ وجلب كل ذلك الى الشعور في التو واللحظة .

فالادراك هو فعل معقد يتم فيه تحول المثير الفيزيقى الى معلومه نفسيه ويتضمن أربعة جوانب : الاستقبال والتسجيل والتشغيل واعادة التنظيم ووضع المثير الجديد في مكانه مع الذكريات والوجدانات والحاجات ... ، والاستعاده (عمليات الاستقبال الذاتى المستقله التى تتيح للفرد تحديد ما اذا كان الشئ المحسوس هو الشئ المرئي .

(Campbell, R.J. 1981, 453)

يذكر (مصطفى غالب) أنه يمكن تعريف الادراك على ضوء تحديد الاحساس ، بأنه عملية اعطاء معنى أو دلالة للاحساسات التى تنشأ عن استقبال الانسان لمثيرات معينه . فاعطاء المعنى للاحساسات هو لب عملية الادراك ، ولا تتم هذه العملية الا لتحديد دلالة من نوع ما للشئ المدرك . (مصطفى غالب، ١٩٨١، ٤٥- ٤٦)

ويرى مصطفى غالب ان الادراك هو الواسطه للتعرف الى العالم الخارجي - كلا واجزاء في مجمل أشيائه وموجوداته وفي اطار بنيته العامه . (مصطفى غالب، ١٩٨١، ١٣)

كما يعرف الادراك بأنه العملية التي يعطى فيها معنى للأحساس الذى تكونه الاستثارة الحسية . ويتضمن الادراك كلا من الوعى والتعرف على مثير حسى ذى معنى . انها عملية فعاله حيث ترتبط فيها الخبرة الحاليه بالخبره الماضيه ، وتأخذ معنى .

كما يتضمن الادراك عملية تفاعل متبادل بين الكائن والبيئة . هذا التفاعل عمليه نشطه طول الحياة ومن المعتقد ان الميكانيزمات الادراكيه تتكون ببطء من خلال التعليم الاولى في الطفوله ولكنها فيما بعد ومن خلال الميكانيزمات المتكونه تسمح بتعلم اسرع في مواقف جديده .

(Iinford ReesW.L., 1978, P. 69)

ويذكر بين (Payne) ان الادراك هو العملية التى بها تتجمع المثيرات وتفسر على ضوء الخبرة السابقة ، وهذه العملية غالبا ماتتطلب الكبت لعملية تعزيز بعض النواحى للدفع ، وذلك لكى يمكن انتاج استمرارية استيعابية ، كما أن وضع الفرد سيؤثر على مدى ونوع الدافع الذى سيستوعب . اذا كان هذا الوضع الاستيعابى ضعيفا أو محددا بصوره كبيره فان معلومات رئيسيه ، يمكن ان تحذف وحل المشكلة سيتأثر ، واذا كانت موسعه أو شاملة بصورة كبيره فان حل المشكلة سيتأثر بصورة مختلفة .

(Payne 1973, 421)

وأما قاموس العلوم السلوكية فيقدم مجموعة من التعريفات للادراك يدرجها فيما يلي: الادراك هو عملية الحصول على معلومات عن العالم من خلال الحواس ، وتتميز وجهة نظر الارتباطيين الانجليز أن الادراك يعتمد على الخبرة السابقة وعلى الارتباط بالعناصر .

ويذكر كل من تيتشنر وفونت : أن الادراك هو نتيجة التعلم مضافا الى الأحساسات الخام ، ويجب أن تحلل الادراكات لكى تعطى العناصر السيكولوجيه الأكثر أهمية (اساسية) للأحساس . على حين يرى جيبسون الادراك هو نتيجة للمثير الفيزيقى الذى يصطدم بالمستقبلات الحسيه ويكون التركيز على السياق البيولوجى الذى يعتقد انه يفسر الادراك الحقيقي ، ووجهة نظر الجشتالتين ان الادراك ينتج من عملية تنظيم فطريه . فالوحدة الرئيسية هى الشكل العام الذى هو كل اعظم من مجموع اجزائه وهو الذى يحدد أجزاءه ، ومن البديهى وجود التشابه في التكوين بين العمليات المنظمة للشكل العام المدرك وبين الأحداث الكيميائيه ـ الكهربائية التى تحدث في المخ .

ويتبنى امز(Emmis) اتجاه حالات التفاعل المتبادل، حيث يعتمد الادراك على افتراضات حول بناء الواقع ، فمن المعتقد أن يكون كل فرد مجموعة من القواعد للادراك من خلال تفاعلاته المتبادلة الفريده مع المجموعة اللامتناهيه من التصورات المحكية المتكونه التى يستقبلها. وبذلك يصبح الادراك فعل متعلم هو بناء الواقع ليناسب افتراضات الفرد عنه .

(Benjamin, B.Wolmon, 1973)

والتعريف الاجرائي الذى تبنته الباحثة للادراك أنه العملية التى يتم من خلالها اعطاء المعنى والدلالة للمنبهات الحسية المدركه ، ويتضمن الادراك كلا من الوعى والتعرف على مثير حسى ذى معنى أى انها عملية فعاله حيث ترتبط فيها الخبرة الحاليه بالخبرة الماضيه وتأخذ معني .

(Linford. Rees ,W.L., 1978, 69)

اضطرابات الانتباه والادراك :

Functional-Psychosis

تتميز الذهانات الوظيفية باضطرابات في الادراك وفي القدرة على اتخاذ القرارات وفي التعبير، وفيها ايضا يتشوه التعرف وتشوش القدره على اصدار احكام وتضعف القدرة على اتخاذ القرار وتكون على ملامح الفرد سمات خاصة غالبا ماتكون غير ملائمة للظروف . وبسبب اضطراب الانتباه تضعف روءيه احداث الحاضر في ضوء خبرات الماضي أو المستقبل كما تضطرب التغذية الراجعة والتصحيح .

(Kaplan, H., I., Et al., 1980,441,442)

وتكون اضطرابات الادراك احيانا نتيجة لتشوه في المدخلات الحسيه ، وبذلك فان كثيرا من هذه الاضطرابات توءثر تأثيرا ضئيلا على قنوات المدخلات الحسيه ، وفي هذه الحالة فانه اما ان يرجع الى استبصار الشخص سوء ادائها لوظيفتها أو لانه بمجرد اصابته بالخبره الحسيه المشوهه فانه يتواءم معها .

(Trethowon, W.H. 1979, 253)

وترتبط عادة معظم اضطرابات الادراك لغياب الاستبصار واذا كانت ذات اسباب خارجيه فانها ترتبط ايضا بالفشل في تفسير المعنى الصحيح للمثير الحسي والفارق بين الادراك والتصور الحسى انه في كليهما يواجه الملاحظ بموضوع شيء ما منفصل عند ما ندرك شيئا فانه يكون ظاهرا في الحيز الخارجي ، وعند ما نتصور شيئا فانه يوجد في الحيز الداخلي (في المخيله) .

(Trethowon, W.H., 1979, 254

وهناك مايعرف بادراكات كاذبه ، حيث توجد مجموعتان رئيسيتان للادراكاتالكاذبه .

الخداعات والهلوسات ولكن الهلوسات اكثرأهمية ، فالخداع هو ادراك كاذب لشيء حقيقي . حيث يوجد الموضوع الخارجي بالفعل ولكن طبيعته او معناها هى التى يساء ادراكها .

ولكن في حالة الهلوسة لا يوجد موضوع خارجي وفي حين يكون الجانب الحسى من الخبره المدركة مفقودا ـ بالرغم من أن الامر لا يبدو كذلك للمريض ـ بالرغم من ذلكوفي حالاتالهلوسات الفعليه ، ومهما يكن موضوع الهلوسه،فإنه يبدو للمريضكأنه حقيقى تماما . أنه يسقط كليه . ويجسد تماما . ولذلك فان خبرته الهلوسيه حية تماما كما لو كان موضوع هلوسته موجودا بالفعل . (Trethowon,W.H. 1979,253-259)

الخداعات :

ترجع الخداعات في أبسط اشكالها الى عدم الانتباه ، والفشل في التعريف على الاخطاء المطبعية ، مثال شائع على ذلك . ولكن حين يعلق الانتباه بشده كنتيجة لتعميم الشعور في حالات الهذيان أو حالات الخلط التسممي تكثر بشده حالات سوء تفسير المحيط . وتكون أميل للحدوث مصاحبه للهلوسات . ولذلك فقد يخطىء مريض في حالات الهذيان ويدرك جوانب السرير على انها قضبان زنزانه السجن . وينظر في رعب الى الممرضه كما لو كانت تهدد بإيذائه .

قد يحدث نوع آخر من الخداع (خداع الأثر العاطفي (Affection - illusion) تحت تأثير الانفعال الشديد . وبناء على ذلك ، فالشخص الخائف الذى يمشى في الظلام قد يرى الشعيرات غير الواضحة المعالم بوصفها اشخاصا يهددون بالهجوم عليه . وقد يسيء مرض الاكتئاب الشديد تفسير صوت عجلات السيارات المارة ويعتبرونه نحيب احبائهم . (Trethowon,W.H., 1979,253-259

خداع الازدواج :

خداع الازدواج هو حالة تشيع لدى مرضى الفصام . وصورتها أن يتوهم المريض شخص من يعرفه فيمن لا يعرفه اذا رآه .

وقد تمتد الحالة لتشمل الحيوانات مثل كلب العائلة أو أشياء ماديه مثل الخطاب الذى يوافق المريض على انه مكتوب بخط مشابه تماما لخط زوجته الا انه يصر على انه تقليد متقن ومع هذا فمن الصعب تقرير وضع هذا العرض في فئة الخداع أو فئة الهذاء .
(Trethowon,W.H., 1979, 253-259))

الهلوسات :

لا تحدث الهلوسات عن طريق سوء تفسير الادراك الحسي كما في الخداع ولكن تحدث جنبا الى جنب مع الادراكات الحسيه العاديه التى يوجد محك لتفرقتها عن تصورات الحلم .

ويمكن أن نصف الهلوسات بعدة طرق :-

أوليه : تشمل الهلوسات الأوليه الومضات (Flashe)

مركبه : من امثلتها المحادثات، الوجوه العديدة من المشاهد والاحساسات التي قد ترجع الى درجة كبيرة من النشاط المخي، وبخاصة الفص الصدغي . ويمكن تصنيف الهلوسات ايضا وفقا للكيفيه الحسيه المعينه التي تحدث بها : بصريه ، سمعيه ، لمسيه ، شميه ، حركيه .. الخ وعلى حين تكونا لهلوسة السمعيه، شائعه بصفه خاصة في الفصام ، فالهلوسه البصريه نادره الحدوث في هذا المرض ، الا في المراحل الاولى من المرض وعند ما يكون المرض حادا .

ولذلك لو استمرت الهلوسه البصريه يجب أن يكون موضع الشك احتمال وجود اضطراب عضوى . كما أن الهلوسه الشميه تشيع في صرع الفص الصدغي . بل أن الهلوسات من كل الأنواع تقريبا يمكن أن تحدث في هذه الحالة . علاوة على ذلك لا تشيع الهلوسه الشميه بحال من الاحوال في الفصام بالرغم من انها قد تظهر لو حدث بحث مباشر عنها .

(Trethowon,W.H.,1979,253-259)

من خلال العرض السابق نتبين ان عددا من الباحثين حاولوا تحديد الادراك على أنه فعل معقد يتم فيه تحول المثير الفيزيقى الى معلومه نفسيه تتضمن اربعة جوانب ـ استقبال ، تسجيل ، تشغيل (اعادة التنظيم ووضع المثير الجديد في مكانه مع الذكريات والوجدانات) ، والاستعاده (عمليات الاستقبال الذاتى المستقله التى تتيح للفرد تحديد ما اذا كان الشيء المحسوس هو الشيء المرئي) .

وقد اتفق عدد من الباحثين على أن الادراك عملية اعطاء

معنى ودلالة للاحساسات التى تنشأ عن استقبال الانسان لمثيرات معينه ، أى أن اعطاء المعنى للاحساسات هو لب عملية الادراك وأن الادراك عملية فعاله ترتبط فيها الخبرة الحاليه بالخبره الماضيه وتأخذ معنى .

وقد عرف الانتباه اما بوصفه النشاط الانتقائي الذى يمد الحياة العقليه ، أو بوصفه حاله من التوحد النسبى لفكرة ، أو حالة من الشعور يبرز فيها احدى المحتويات العقليه بوضوح عن بقية المحتويات .

وبالنظر الى اضطرابات الانتباه والادراك لتبينا أن المصدر الصحيح للمثير الحسى يعرف من خلال البصر والممرات الحسية الاخرى في حين تكون اضطرابات الادراك أحيانا نتيجة لتشوه في المدخلات الحسيه وترتبط عاده معظم اضطرابات الادراك لغياب الاستبصار ، واذا كانت ذات أسباب خارجيه فانها ترتبط ايضا بالفشل في تفسير المعنى الصحيح للمثير الحسى .

ولهذا فانه من اجل ان نسجل كل المعلومات بالمشكلة فلابد أن ننتبه الى كل الدوافع المتعلقه بالمشكلة فاذا كان انتباه الشخص مشتتا فان معلومات معينه سوف تفقد وعليه أن الحل الصحيح سيكون مستحيلا .

والخلاصة ان وظيفة التذكر من أهم الوظائف التى تتأثر بالاضطراب في الوظائف العقليه ، كما وأن اضطراب وظيفة التذكر المباشر والتذكر قصير المدى يوءثر بشكل واضح على التفكير ، حيث يتم فقدان الفقرات الاساسية من المعلومات والتى بدونها يتعذر الوصول الى الحل السليم ، وكذلك اضطراب وظيفة الانتباه والتى تلعب دورا هاما في تسجيل البيانات الأساسية اللازمة لحل المشكلة والتى يوءدى فقدها او ضعفها الى استحالة الوصول الى حل المشكلة كما يوءدى اضطراب وظيفة الادراك الى حدوث

التحريفات الادراكية مما يوءدى الى تسجيل المدركات بشكـــــــــــل خاطـــىء .

. . .

١- التذكر كعملية عقليه Cognetive - Processes

التذكر خاصية انسانيه ترتبط بالنشاط النفسي لدى الانسان والتذكر كظاهرة سيكولوجية تعتبر في الواقع مجالا خصبا لدراسة أهم العمليات المعرفية عند الانسان .

ويعرف أحمد عزت راجح التذكر بمعناه العام بأنه عباره عن استحياء ماسبق أن تعلمناه واحتفظنا به حيث يتضمن التذكر : التعلم والاكتساب كما يتضمن الوعى والاحتفاظ .

(أحمد عزت راجح ، ١٩٧٩م ، ٢٩٥)

كما حدد مصطفى غالب التذكر بأنه أحد العمليات العقليه التى يمارسها الانسان لاسترجاع ماأختزنه من مدركات استقاها من واقعه الداخلى أو الخارجي .

(مصطفى غالب ، ١٩٨١ ، ٧٣)

وكما عرف فؤاد البهى التذكر بأنه العملية العقلية التى تمكن الفرد من استرجاع الصور الذهنية البصريه والسمعيه ، أوغيرهما من الصور الأخرى التى مرت به في ماضيه الى حاضره الراهن .

(فؤاد البهى ، ١٩٧٥م ، ١٤٣)

أى انه استعادة تصور الماضى وربطه في حياة حيه بالحاضر .

(مصطفى غالب ، ١٩٨١م ، ١٣)

وهكذا تصبح عملية التذكر عملية ارتباطيه لانها تصل الحاضر بالماضى وتقيم بينهما علاقات مختلفة ترقى بالنشاط المعرفى العقلى للفرد .

وكما عرف قاموس علم النفس كلمة التذكر على أنها خاصية تميز الكائنات الحيه وبفضل هذه الخاصيه فان مايقوم به الكائن الحى ويفعله يترك خلفه اثارا ، وهذه الآثار تعدل سن الخبره اللاحقه . وهذه الخاصية هى التى تسبب عملية التعلم كما أن الملامح الأساسية للذاكرة هى العمليةالتى تسمى الحفظ، والذاكرة بمعناها الضيق تشمل عمليتى التعرف والاسترجاع وهو مانسميه باعادة التعليم .

(Bannister,D, 1960, 165)

كما حدد التذكر بأنه الوظيفة العامة للاستعاده الذهنيه أو احياء الاحداث الماضيه مع زيادة أو نقصان تحديد فهم وأدراك الأحداث الحاضرة وهناك أربع حالات متميزه للتذكر .

١- الاستظهار أو التعلم Memorizing or Learning
٢- الاحتفاظ Retention
٣- الاستدعاء Recall
٤- التعرف Recognition

(Drever,J., 1962,315)

والتعريف الاجرائي الذى تبنتهالباحثة للذاكره هو تكوين عقلى يستخدم ترميز وتخزين واسترجاع المعلومات .

(Murdock, 1974)

فالتذكر هو القدرة على عملية ، وفعل التذكر أو الاستدعاء وهو بصفة خاصة ، القدرة على استعادة ماتم تعلمه أو خبرته .

والتذكر ليس مجرد تسجيل وحفظ واستعادة . فهو وظيفة عقليه مركبه تشمل مايلي :

١- الاستجابة الأوليه :

الأدراك والتفهم والتعرف على ، ونوعا من الفهم لدلالة مايجب تعلمه . وتتأثر الاستجابه الأولية بعدة عوامل مثل الاستجابات السابق تعلمها والميل والتعب .

٢- الحفظ القصير المدى :

وهو الحفظ الموءقت للمعلومات التى تمحى بسرعه .

٣- الحفظ البعيد المدى :

وينقسم الى :

أ - الاعداد الثانوى - حيث تتفق فيه الذكريات الجديدة مع الذكريات السابقه ، ومع الحاجات والرغبات . . الخ .

ب - التقوية - وهى ازدياد العلامات المميزة للخبره الذكراويه قوه مع مرور الوقت .

جـ - الكف - حجب الذكريات غير الضروريه وهذه الذكريات يمكن استرجاعها عند الطلب .

د - الانطفاء - استئصال الخبرات التى سبق تثبيتها ولم تعد نافعه بعد .

٤- الاسترجاع .

استحضار المادة المحفوظة الى الشعور حسب الرغبة . في بعض حالات ضعف الذاكره المبكر ، يكون أول عرض هو الانتظار فترة طويله قبل استرجاع المعلومات .

٥- تنشيط أو قراءة المادة المسترجعه .

وهى عملية تتأثر ببقية الجهاز العقلى ، ولذلك فالذى يتم استرجاعه يختلف عما تم حفظه .

ويلاحظ أنه نادرا ماتظهر هذه التفرقة الدقيقه - السابق عرضها- على المستوى الاكليفيكى ، ولكن بدلا عن ذلك غالبا مايقسم التذكر الى : تذكر مباشر (وهو القدرة على استدعاء أو استعادة المادة التى حدثت في الثوانى القليله الماضيه - وهى تقابل الحفظ القصير المدى الذى ذكرناه فيما قبل . التذكر القريب(وهو القدرة على تذكر الخبرة التى حدثت خلال الساعات أو الايام أو الاسابيع الماضيه) التذكر البعيد (القدرة على تذكر الخبرات التى حدثت في الماضى البعيد) .

(Campbell, R.J., 1981,378)

ويجدر بنا ونحن نتناول تلك القدرة بالدراسة ان نحدد أولا مفهوم الذاكره المباشره ، والذاكره قصيرة المدى والذاكرة طويلة المدى وذاكره الحاضر القريب .

فتعرف الذاكرة المباشره بالقدرة على تذكر ماقدم خلال ثوان قليلة ماضيه .

(English and English,1964,P.314)

وهنا يمكننا أن نلاحظ التمييز الذى يجعل هناك فترة زمنية (ثواني قليلة) بين تقديم المنبه وبين استعادته دون اشارة الى مفهوم ترتيب بنود المنبه أوالفروق في السعه ،أى مقدار أو تعدد عناصر هذا المنبه .. ويعرف برودبنت (Broadbent) الذاكرة المباشرة بالذاكرة قبل الادراكية . وهذه الذاكرة تحتوى على المعلومات التى تصلنا من خلال الحواس قبل تحليلها وتصنيفها فى فئات . والمعلومات لا تستقر فيها لاكثر من ثانية الا اذا انتقلت الى مخزن آخر.

(Broadbent, 1969)

وتعرف أيضا بأنها اعادة المادة المدركة مباشرة ، والتعرف على عليها ، واستدعاؤها بعد تقديمها وغالبا ماتقاس بالتكرار الرقمي والاختبارات السمعيه ، وتذكر الاشكال (بصريه) (جراهام وكندال ١٩٦٠ ، بنتون ١٩٧٤م) .

(Kaplan, H.I., Et al., 1980, 970)

يرى بين (Payne) في التذكر قصير المدى بأن المعلومات الهامة التي تتعدى مجال سعة الذاكرةالمباشرة يجب أن تحذف بصورة موءقته في مكان آخر . وهناك فروق فرديه في سعة هذا المخزن قصير المدىأيضا . اضف الى ذلك أن المعلومات المحجوزه في مخزن قصير المدى تبدو وكأنهاتتلاشى بعامل الوقت ، وهناك أيضا فروق فرديه في سرعة التلاشي والذى قد يكون مستقلا عن الفروق في سعة التخزين ، وان سعة مثل هذا المخزن قصير المدى قد يحدد تعقيد المشكلة التي قد تحل . ولكن سرعه التلاشي هو ايضا قد يوءثر على التفكير. فعلى سبيل المثال وكما أشار يتيس (Yates) ١٩٦٦م أن الشخص الذى يفكر ببطء شديد قد ينسى معلومات أساسية تكون قد خزنها بصورة موءقته .

(Payne, 1973, 422)

ويتفق بين (Payne) مع بوستمان (Bostman) في أن طول الفترة الزمنية الفاصلة بين الادراك الاول للمادة المثيرة وبين استرجاعها لكي تناسب مصطلح التذكر قصير المدى ، مازالت من الأمور غير المحددة .

ويرى بين (Payne) أنه من الوجهةالنظرية، يحدث فقدان تدريجي للمعلومات المحتجزه في مخزن التذكر القصير المدى. ولكن في نفس الوقت يحدث تعزيز للمعلومات الباقية التى تدخل مخزن التذكر الطويل المدى والذى يتميز بسعته غير المحدودة وبقاء المعلومات فيه لفترة طويلة . (Payne, 1973, PP. 422, 443))

والافتراض المعتاد أن المخزن قصير المدى له سعه محدده وتتعرض آثار الذاكره بداخله للتآكل السريع في حالةغياب الاعادة والتكرار كنتيجه لمرور الزمن على حين نجد أن مصطلح التذكر الطويل المدى لا توجد حدود مقرره لسعته .

ويذهب باين (Payne) الى وجوب تعريف التعلم بأنه العملية التي يتم بها تغذية المعلومات في مخزن التذكر الطويل المدى ، وتوجد فروق بين الافراد في استرجاع المواد من مخزن التذكر الطويل المدى ، واحدى أوجه هذه الفروق ، هو السرعة التى يتم بها استرجاع المواد فالافراد الذين يظهرون " الطلاقة " Fluency يستطيعون سحب فقرات المعلومات المخزونه التي يحتاجون اليها بسرعة من مخزن الذاكرة . (Payne, 1973, P. 421)

ويذهب ايزنك وزملاوءه (Eysenk et al. 421) الى أصحاب النظريات (المنظرين) في السنوات الحديثة قد افترضوا وجود نظامين مختلفين للذاكرة ، أحدهما هو نظام التذكر القصير المدى وفيه يحتفظ بالمعلومات لمدة قصيرة جدا من الوقت تتراوح مابين (١٥ ، ٣٠) ثانية واذا لم يحدث التكرار أو الاعادة لهذه المعلومات فانها سوف تفقد ، أما النظام الثانى فهو نظام التذكر الطويل المدى أو الذاكرة الدائمة نسبيا ، وقد استخدم عديد من الباحثين في السنوات الحديثة أعمالا تناسب مصطلح قصير المدى ، وكمثال على ذلك ، يقدم المفحوص فقره مفردة ولتكن (مقطعا عديم المعنى) ثم يقدم له عملا غير مرتبط وذلك لمنع تكرار المقطع. (Payne, 1973, PP. 420 - 424)

وذاكرة الحاضر القريب تشير الى حفظ المعلومات لساعات أو أيام

أو اسابيع أو شهور . ويوضح ضعف التوجيه الزمنى وجود خلل في هذا النوع من الذاكرة وفي مجتمع المستشفى يتضح ذلك من تذكر المرضى للاحداث الجارية بطريقة غير دقيقة ، ومن الفشل في تذكر زيارات الاقارب والأصدقاء ومن عدم القدرة على تذكر التعليمات القريبة التى اعطاها الطبيب المعالج او اعطتها الممرضة .

(Kaplan, H.I., Et al., 1980, 970)

ومما هو ملاحظ ضعف الانواع العديده من الذاكرة وخاصة الضعف الواضح في الذاكرة القصيرة المدى والذاكره الحاضره من أبرز مظاهر العجز السلوكي في المصابين بتلف في الدماغ (المخ) . ويعتبر ذلك في الغالب العرض الاول لبداية مرض في المخ أو بداية الشيخوخة . ولهذا السبب وجدت اجراءات قياس وظائف الذاكرة دائما مكانا بارزا في اختبار الحالة العقلية وفي بطاريات الاختبار النفسي .

(Kaplan, H.I., Et al., 1980, 970)

وغالبا مانميز بين الذاكرة المباشرة والذاكرة القصيرة الاجل والذاكرة الحاضرة والذاكرة البعيدة . ويفترض أن تعنى الذاكرة المباشرة فقط بتسجيل المعلومات ، كما يفترض أن تعنى الأنواع الاخرى للذاكرة بتخزين المعلومات . وهذا التمييز ذو مغزى من وجهة نظر اكلينيكية . وعلى سبيل المثال المرضى الذين يظهر عليهم عرض " كورسيكوف " - والذين يظهرون ضعفا شديدا في الذاكرة القصيرة المدى والذاكرة الحاضرة - كانوا قادرين على القيام بأداء حسن في المهام المتعلقه بالتكرار الفورى للارقام أو الجمل . وعلى النقيض قد يفشل مرض القلق أو الاكتئاب في مهام الذاكرة المباشرة بسبب الاضطرابات من الانتباه والتركيز ولكنهم يظهرون ذاكرة حاضره سليمة .

(Kaplan, H.I. Et al., 1980, 970 - 971)

يرجع بين Payne الفرق بين الذاكرة المباشرة والذاكرة قصيرة المدى ، الى وجود نشاط بين المنبه والاستدعاء في حالة الذاكرة قصيرة المدى . أما في حالة عدم وجود مثل هذا النشاط فاننا نكون امام الذاكرة المباشرة .

(Panye , R. W ., 1973)

والبعض الاخر يرجع الفرق بين النوعين الى معدل الفاقد ، حيث لوحظ أن معدل الفقد في الذاكرة قصيرة المدى يتراوح بين (٥-٢٠ ثانيه) على حين في الذاكرة الحسيه أو الذاكرة المباشرة يتراوح مابين ½-٢ ثانيه .

(Craik and lockhart, 1972)

وللمقارنة بين الذاكرة القصيرة المدى وذاكرة الحاضر القريب ، نجد أن هذين المصطلحين يشيران الى استدعاء المعلومات والتعرف عليها وتكرارها بعد فترة من تقديمها ويتم تقدير الذاكره القصيرة الأجل اما بقياس حفظ المريض للمعلومات لفترة قصيرة (من عشر ثوان الى عشر دقائق من لحظة عرضها عليه أو بقياس اكتسابه للمعلومات او بتقدير تعلمه للمادة من خلال محاولات متكرره ومن المفترض ان التحسن في الاداء يعتمد على سلامة الحفظ لفترة قصيرة .

(Kaplan, H.I., Et al., 970 - 971)

والتعريف الاجرائي للذاكره المباشرة هو القدرة على تذكر ماقدم خلال ثوان قليلة ماضيه . (English,English, 1960 , 314)

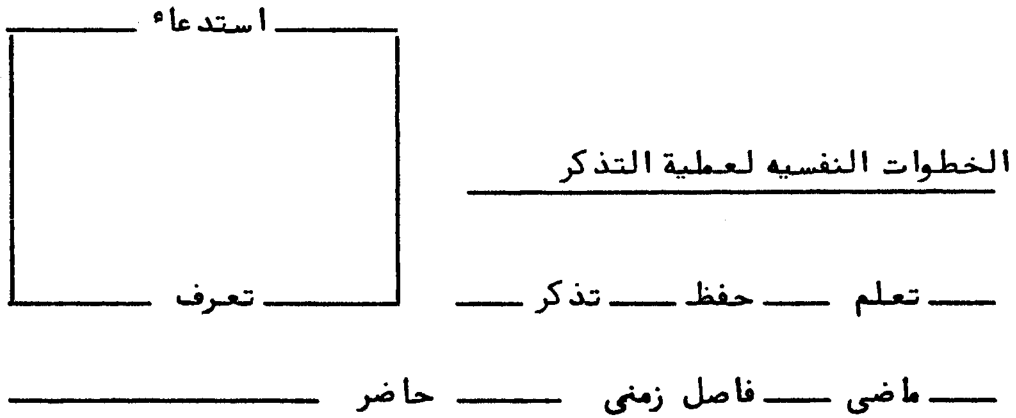
ويعرفها برود بنت (Broadbent) بالذاكرة قبل الادراكية وهذه الذاكرة تحتوى على المعلومات التى تصل من خلال الحواس قبل تحليلها وتصنيفها

في فئات والمعلومات لا تستقر فيها لاكثر من ثانية الا اذا انتقلت الـــــى مخزن آخر .

(Broadbent, 1969)

ويمكن تمييز التذكر القصير المـــدى اجرائيا عن التذكر المباشر فانه فـــي التذكر القصير المدى يوجه انتباه المفحوص بعيدا عن المادة المثيرة قبـــل أن يطلب منه استرجاعها من الذاكرة . لذا يطلب من المفحوص أداء بعـض الاعمال المقحمه قبل أن يطلب منه استرجاع المادة .

(Payne, 1973, 422)



ولهذا الفاصل الزمني الذى يقوم بين الماضي والحاضــــر أهمية بالغة في عملية التذكر ، ذلك لأن وضوح الصور أو غموضها يخضـــع الى حد كبير لقصر أوطول المدى الزمني .

(فؤاد البهى، ١٩٧٥م، ١٤٣-١٤٤)

أقسام الذاكرة :

الذاكرة المستقلة : Automatic Memory

هى تنشيط حالة وجدانية أو عقدة انفعاليه بواسطة عملية وصل ارتباطى بالموقف الأصلى . حتى وان لم يع الفرد نفسه هذا الأرتباط وهذا المصطلح - الذى وضعه " مورتون برنس" - نادر الاستخدام بالرغم من أن الظاهرة ذاتها معروفة . واحدى انواع الذاكرة المستقله - والتى ترجع الى فرويد هى الفة المنظر .

الذاكره البيولوجيه : Biological Memory

المعرفةالموروثةعن كيفية التعرف التلقائي ، والانطباعات الموروثه . فعلى سبيل المثال ، قد تكون الغرائز تعبيرا عن مثل تلك الذكريات البيولوجيه أو الانطباعات الموروثه . ومن المحتمل ان يكون مصدر اللاشعور الجمعى الذى تحدث عنه يونج (Young) هو الذاكرة البيولوجيه . فالمصطلح عند يونج (Young)يعتبر الدوافع والتصورات المتضمنه فيه غير معتمده على مايكتسبه الفرد ولكنها تنبع من الابنيه المخيه الموروثه .

الذاكرة الفائقة الحساسيه : Hyperesthetic Memory

الذاكرةالفائقة الحساسية هى بصفة خاصة الذكريات التى يكون من السهل استثارتها وفقا لقوانين التداعى . افترض فرويد وبروير (Proeur) أن السبب الاساسي في استثارة نوبات الهستيريا يرجع الى التنشيط الارتباطى للذكريات فائقة الحساسية .

تصفية الذاكرة : Memory Liquidation

استيعاب (تمثيل) واحتواء الخبرات في مجال الذاكرة أو العقل فالموقف الذى لا تتم تصفيته بطريقة مرضية لا يستوعب كلية ، فلا يكفى انجاز استجابة خارجية تظهر من خلال الحركه بل يجب انجاز استجابة داخلية تظهر من خلال ما نقدمه لانفسنا ، ومن خلال عرض الحدث على بقية الأحداث وعلى انفسنا ، ومن خلال وضع هذا العرض في مكانه كواحد من الأجزاء الخاصة بتاريخ حياتنا .

الذاكرة الفسيولوجيه : Physiological Memory

مصطلح مورتون برنس(M. Prince) الذى يشير الى عملية تسجيل وحفظ واستعادة خبرة جسميه خارج مجال الوعى الشعورى . وتشريط جهاز الاستجابات المستقلة هو نموذج للذاكرة الفسيولوجية .

الذاكرة النفسفسيولوجيه : Psycho - Physiological Memory

تتميز الذاكرة النفسفسيولوجيه بأنها تجمع بين عناصر نفسية وعناصر فسيولوجيه ، وترجع أهميتها للدور الملفت الذى تلعبه في الحالات الباثولوجيه (المرضيه) .

فبعض الاضطرابات الفسيولوجيه التى تحدث في القلب أو في الأمعاء ، وعلى سبيل المثال تحدث نتيجة لخبرات معينه ترتبط بعناصر نفسيه مثل الادراك أو الاحساس أو التفكير . ويتم استرجاع الاستجابة الفسيولوجية عند ما يظهر في الشعور العنصر النفسى المرتبط بها .

(Campbell,R.J. , 1981,379)

اضطرابات الذاكره

تعد الذاكرة من اكثر العمليات العقليه تعقيدا نتيجة كونها تشمل تجميع وتخزين و استدعاء المعلومات ، ويعد تقييم الذاكرة جزءا أساسيا من فحص كل الحالات العقليه.

(Saunders, 1981, 202-204)

ومن خلال ذلك تولد الاهتمام بما يصيبها من عطب او اضطراب يخل باتزانها ومما لا شك فيه أن التعرف على اضطرابات الذاكرة وتصنيفها انما هى مقدمة أساسيه للتشخيص ومن ثم تحديد احتمالات الشفاء والعلاج . والملاحظ ندرة عدد الذين يدرسون اضطرابات فقدان الذاكرة ذلك أنهم لم يحاولوا أن يصنفوا تلك الاضطرابات مستخدمين محكاتهم الخاصة وهذه المحاولات ضرورية لمواصلة عدم السواء المميز وغير المتوقع وغير المنتظم الذى يميز المرضى الذين يعانون من عجز في وظيفة الذاكرة .

فلو فصلت الظروف التى تعمل فيها الذاكرة عن الظروف التى تتعطل فيها ، وأعيد تحديدها فمن الممكن أن نستفيد من ثقة الفرد في أن الطبيعة الانسانيه محكومة بقانون تلك الثقة التى تتهاوى عند مواجهتها للظاهرة العقلية لاضطرابات فقدان الذاكرة ، علاوة على ذلك فان تحديد وعزل اضطرابات الذاكرة والتعلم التى تلاحظ لدى المرضى تعتبر المادة الاساسية للتشخيص والتنبوء والعلاج .

(Talland, 1971, 141)

واكثر التصنيفات شيوعا هو تقسيم اضطرابات الذاكرة علىأساس

مسبباتها وهناك أسباب نفسيهلا ضطراب الذاكرة تبدو في الشرود وفقدان الذاكره الهستيرى .

وهناك أسباب عضويه ، يمكن ارجاعها اما الى آثار جانبيه لجراحه أورام المخ او ضيق في الاوعيه أو التسمم والاضطرابات في عمليات التمثيل العضوى بما فيها حالة التسمم ، وحالات نقص الغذاء ونوبات أداء الصرع .

(Talland, G. A, 1968 , 138)

والتفرقه الكبرى في مجال اضطرابات الذاكره توجد بين فقدان الذاكره وتحوير الذاكره .

ويضم فقدان الذاكرة كل الحالات التى تفقد فيها او تصبح غير متاحة تلك المعلومات التى كانت معروفه أو التى كانت مسجله .

ويغطى تحوير الذاكرة الأنواع المختلفة لتشوه الذاكره ، وعلى العكس من الأعراض السلبيه لفقدان الذاكره ، وضعف الذاكره فانه يشار الى تحوير الذاكره بوصفها الأعراض الايجابية لاضطرابات الذاكره. وتنطبق الصفه أيضا على حالات حدة الذاكرة .

والمبدأ الذى يجمع عليه الكثير عند ما تصنف اضطرابات الذاكرة هو مصدرها وعلى سبيل المثال - نفسيه المنشأ في مقابل عصبيه المنشأ .

ويعتمد مبدأ آخر للتصنيف على فترة الاضطراب ، وحيث تتمثل حالات فقدان الذاكره الموءقته أحد الأقطاب ، وتمثل أعراض فقدان الذاكره المستقره نسبيا أو المستمرة في التدهور والمزمنه القطب المقابل . مع وجود حوادث متكرره تبقى لفترة ولكنها تكون مشتركه في اكثر من حالة تخيل الوسط بين القطبين .

والى حد ما توجد علاقه اعتماديه متبادله بين محكى التصنيف

السابقين ، وفقدان الذاكره في الشيخوخه بسبب الاضمحلال دائما مايكون مزمنا ، والاضطرابات الصرعيه تتميز بأنها عرضيه ، وبعض اضطرابات التسمم خليقه بأن تكون مشتركه في اكثر من اضطراب.

(Talland, 1968, 138-139)

ويذهب تالاند (Talland, 1968) الى أن هناك عدة تقسيمات لاضطرابات الذاكره تتمثل فيمايلي :-

١- تقسيمات على أساس التمييز بين فقدان الذاكرة (Amnesias) وبين زيف الذاكره Paramnesias حيث تضم الأولى كل الظروف التى يتم فيها فقد المعلومات السابق اكتسابها على حين تشير الثانيه الى الاعراض الايجابيه لاضطراب الذاكره ، والتى تشمل اضطراب حده الذاكره Hypermnesia الذى يميز بعض الأمراض العقليه ، ويعد هذا النوع من أوسع التقسيمات

٢- تقسيم اخر على أساس العوامل المسببه للاضطرابات ، حيث تقسم الى أسباب نفسيه والى اسباب عضويه ، والأسباب النفسيه مثل كبت الذكريات المؤلمه غير المرغوب فيها أو نسيان ذكريات تربطها صله بذكريات مكبوته ، وفي حالة نسيان الكبت قد يسترجع الشخص في حالة التنويم او التخدير مايبدو انه قد نسيه في حاله اليقظه تماما فهو نسيان ظاهرى بخلاف النسيان العضوى الذى يكون فيه النسيان تاما مستديما .
والأسباب العضوية ترجع الى اصابات الدماغ وأمراضه كالاثار الجانبيه لجراحة المخ والأورام المخيه أو ضيق الأوعيه أو الاضطرابات في عمليات التمثيل العضوى بمافيها حالات التسمم الكحولى وحالات نقص التغذية ونوبات الصرع .

٣ - وهناك تقسيم ثالث على أساس القدرة الزمنيه التى يستغرقها الاضطراب الامنيزى فتشكل الامنيزيا الموقته Transient أحد اطرافه ، على حين تشكل الامنيزيا المتدهورة بشكل متقدم والمستقره نسبيا - الطرف الآخر مثل حالات عته الشيخوخه المتقدم . (Talland, 1968, PP. 138 - 139)

٤- اما وليامز (Williams, 1970) فيقدم لنا تقسيما رابعا لاضطرابات الذاكره ، اذ يذهب الى أن الاكلينيكيين يفضلون النظر الى اضطرابات الذاكره من وجهة النظر التى تصنفها الى : امنيزيا لاحقه Anterogand Amnesia (وهى صعوبه تعلم المهارات الجديده وتذكر الأحداث التى وقعت بعد النوبه الامنيزيه - والى امنيزيا رجعيه Retrograde Amnesia وهى صعوبه استدعاء الأحداث السابقه لنوبه الامنيزيا .

(Williams, 1970, PP. 33 - 34)

أنواع فقدان الذاكرة Amnesia

١- فقدان الذاكره الرجعى Retrograde Amnesia

تضم اضطرابات الذاكره العديدة والدائمة وتمثل نسيان المعلومات التى كانت تحت تصرف المريض قبل مرضه . والحالات الاكثر أهميه - وان لم تكن الوحيده - هى حالات فقدان الذاكره الرجعى التى توثر على الخبره الشخصية للمريض(البيانات والأحوال العاديه في حياته الماضيه) على سبيل المثال - زواجه - وظائفه - والاماكن التى عاش فيها ومحتوى الذاكره غير المتيسر للتداعى الارادى أو للتعرف الدقيق من

الممكن أن تكون محدده بحدود وقتيه - على سبيل المثال - العام السابق على الاضطراب او محدد ببعض المحكات الانفعاليه مثل الاحداث والبيانات التي ترتبط بشخص محدد والذى يكون في احوال معينه المريض نفسه ونادرا مايكون فقدان الذاكره الرجعى كاملا، بمعنى أن كل الذكريات التى تبدأ بفترة معينه من تاريخ حياة المريض أو التى ترتبط بشخص ما أو بخبره يبدو أنها منسيه من أساسها وتكون خارج نطاق الاستدعاء أو التعرف .

كما قد تظهر بعض الذكريات تلقائيا ، أو تكون بالفعل متيسره للاستدعاء الارادى في بعض المناسباب دون الأخرى ؟

ويشير كل ذلك الى أن فقدان الذاكره الرجعى هو عجز في وظيفة الاستدعاء او التعرف وبالتأكيد فانه ليس عيبا في التسجيل أو في التعلم لان تلك الاحداث او المعلومات المعينه كانت من قبل يمكن تذكرها - بل يمكن ان ينتج فقدان الذاكره الرجعى أيضا من الحفظ المشوش .

وان بعضا اوكثيرا من ذكريات الماضى عند بعض المرضى قد تظل الى الابد خارج حدود الاسترجاع .

وفي حالات اضطراب الذاكره المزمن يتعرض فقدان الذاكره الرجعى لتقلبات ، ولكنه من الناحية الجوهريه يظل موجودا ، مادام الامر لا يمتد الى عملية الاختلال العام للعقل وفي حالات اضطرابات فقدان الذاكره المؤقته والقصيره المدى نسبيا ، نجد فقدان الذاكره الرجعى يقل تدريجيا فيما عدا الاحداث التى تسببت في الموقف الصدمي والتى قد تبقى منسيه .

هذه الاحداث سوف لا تخضع للتذكر مثل خضوع بقية الخبرات الشخصية بالرغم من ذكر بعض التفاصيل عنها من مصدر خارجي .

(Talland, 1971, 141-142)

٢- فقدان الذاكره اللاحق : Anterograde - Amnesia

هي صعوبة تعلم المهارات الجديده والاحتفاظ بالاحداث التي وقعت بعد نوبه الامنيزيا - وهى حاله موقته تشاهد في بعض أمراض الدماغ مثل الاصابة بارتجاج المخ وكذلك في حالات علاج الاكتئاب بالصدمات الكهربائية وفي بعض أنواع الذهول - Stupor ، وبعض حالات الصرع وفي العته .

(وليم الخولى، ١٩٧٦، ٢٩٦)

وكثير من الاضطرابات تبدأ بحادثه مشوشه او تحت ظروف غياب كامل عن الشعور، ومن الواضح أن الاحداث التى تقع في تلك الأثناء لا يتم تسجيلها ، بالرغم من أن المريض قد يقوم بتخطيط أفعال معقده تماما مما يجعل حالته تبدو عاديه .

ويذهب تالاند (Talland) الى ان الامنيزيا اللاحقة هى اضطراب في التسجيل أو الاحتفاظ أو كليهما والامثله الآخرى على الامينريا اللاحقةتوصف باعتبارها امنيزيا مستمرة Continuous-Amnesia وامنيزيا التثبت Fixation - Amnesia والتى تظل حتى نهاية حياة المريض .

(Talland, 1968, PP. 128-141,142)

وعادة مايتم زوال فقدان الذاكره اللاحق للصدمه خلال عدة ساعات أو عدة أيام بالرغم من امكانية ملاحظة بقايا القصور بعد مرور أسابيع على الحادث .

ويتضمن فقدان الذاكره اللاحق فيأشد اشكالها عدم

القدرة تماما كما يبدو - على التعلم واغلب المرضى تقريبا لا يقدرون على اكتساب بعض المعلومات الجديده ، بالرغم من أنها قد تكون قليلة القدر : اسم الطريق الى دورة المياه - أو سريره في العنبر.

ان التلف يصيب الذاكره لخبرات الحياة كما يصيب الذاكره للتعلم المنظم وقد لا يتذكر المرضى بالفعل اى شيء فعلوه او فكروا فيه أو حدث لهم خلال فترة سنوات عديده ، انهم لا يسجلون شيئا من التغيرات التى تحدث في حياتهم أو في العالم المحيط بهم مثل المواليد أو الوفيات في الأسره. ويبدو كما لو أن العالم قد توقف عند بداية مرضهم أو حتى قبل ذلك بفترة ، ولا يعون أنهم يتقدمون في السن منذ ذلك الوقت .

(Talland, 1971, 141 - 142)

وتصحب الامنيزيا اللاحقه الامنيزيا الرجعيه في أغلب الأحيان مما يؤثر في ادراك المريض مرور الزمن ، ويعتبر عدم وعى المريض في الزمان والمكان والاشخاص مظهرا بارزا له الخاصية المميزه للعديد من الاضطرابات الامنيزيه ، وفي الامنيزيا المؤقته يزول اضطراب الوعى تماما ، على حين يستمر الخلط الذهنى في الامنيزيا اللاحقه المزمنه بشكل واضح .

(Talland, 1968, 128, 141, 142)

وبناء على الخبره والتجارب توجد فجوه تامه للفترة التى تغطيها فقدان الذاكره اللاحق فاللحظه الحاليه - بغض النظر عن عدد السنين التى مرت - من الممكن الاحساس كما لو أنها تلى مباشرة اللحظه الشعوريه السابقه على الاصابه بفقدان الذاكرة ، واذا كان المريض واعيا للفترة بين الحدثين فانه لا يستطيع ان يسد الثغر أو حتى يعرف بعض العلامات المحدده في الفترة الفارغه . انه فاقد القدره على الاحساس بالزمن بصورة كبيره ، فاذا سئل عن اليوم بالضبط فسوف يعطي معلومه منفصله تماما عن

خبرته الشخصية بدون وقفه محددة في الماضى ، يمتد عدم القـــدره على الاحساس بالزمن حدود نطاق مرضه ، لذلك تصبح الذكريات فـــي الماضى عرضه لأن تصبح منقوله بغير ترتيب من نظامها الزمنى الحقيقـــى (تحرف عن ترتيبها الزمنى وقد تحتفظ بمواقعها المتتاليه الحقيقية ، ولكنها تنقل جمله أو تكثف في مدى أضيق من الوقت ، أضيق مما احتله بالفعل .

بمعنى أنها تتناول نسيان مايحدث من الآن فصاعدا مع نسيان ماسبق ويظهر هذا العرض في حالات الاكتئاب نظرا لصعوبة التركيـــز واستدعاء المواد التاليه .

(Talland, 1971 , 142)

٣- تحوير الذاكره : Paramnesias

تحوير الذاكره يتصل بنوع اضطرابات جودة الذاكره . حيـــث الملاحظ على المصابين باضطرابات في الذاكره عجزهم عن تذكر احداث من السهل تذكرها ، ووقوعهم في الاخطاء في محاولتهم تذكر الماضـــى . والعلاقة بين هذين النوعين من الشذوذ من السهل تأكيده ، فعـــدم وجود الذاكره السليمه قد يعطى فرصه للوقوع في خطأ التذكر الخاطـــئ او الزائف ، أو قد يحدث العكس عندما يفشل المريض في التفرقة بيـــن التذكر الخاطئ والحقيقى أو يفشل أن يدرك حقيقه زيف معلومات ما قـــد استرجعها . والتذكرات الكاذبه ليست فقط نتيجة لأخطاء المحتوى أو في السياق . وكل من المشار اليها عرضة لأن تصبح مشوشه . فالأحـــداث الماضية يمكن ادراكها كما لو كانت متطوره ، والتى حدثت مره وتتكرر .

والحاضر هو اعادة مطابقة للخبره السابقة ، فافعال وأقـــوال

الآخرين من الممكن أن ينسبها الشخص المريض الى نفسه ، كما يمكن أن يعزو المريض كلماته الخاصه الى شخص آخر .

(Talland, 1971, 145-146)

كما أنه يحدث أيضا أن يروى المريض بكل يقين مالم يحدث اطلاقا أو يضيف الى حوادث حقيقه الكثير من الزيادات ، وقد تشاهد هذه الظاهره بدرجة يسيره في بعض الاشخاص العاديين وفي بعض الحالات العقليه مثل مرض كورساكوف (الذى يحدث بعد فترة من ادمان الخمر) .

(وليم الخولى ، ١٩٧٦ ، ٢٩٧)

وهناك نوعان من تحويرات الذاكره :

أ - التذكر الخلطى (الزائف) Confabulation

وفي هذا يخترع المريض بعض الحوادث لملء الفراغ الناشيء من فقد ذاكرته . ويظهر هذا العرض في مرض كورساكوف والذى يحدث بعد فترة منن ادمان الخمر وكذلك يحدث عن مرض الهستريا .

ب - التلفيق Falsification

وفي هذا العرض يغير المريض الجزء الكبير من تاريخه ومن الحوادث التى مرت به ، لكى تنطبق مع اعتقاداته الخاطئه وهذا اءاته كما يحدث في مرض الفصام والبارانويا ، فالمريض في هذه الحالة يحاول تلفيق الاحداث وتزويرها حتى تنطبق مع اعتقاداته الخاطئه .

(أحمد فائق ، ١٩٦٦ ، ٢١٠)

٤- الاسترجاع الخاطيء Folse - Recollections

الاسترجاع الكاذب شائع جدا وطبيعى بين الاطفال الصغار الذين

لم يتعلموا بعد كيف يفرقون بين المعلومات التى يحصلون عليها من الملاحظة وتلك التى تأتيهم من تخيلاتهم - ولدى الراشدين ان لم تكن في خدمه الابداع الفني - فانها تدل على علامه مرضيه، وتميز شخصيات شاذه معينه أو أمراض عقليه . وتشغل الاسترجاعات الكاذبه قطاعا عريضا من هذاءات الشخص البارانوى ، وذكريات عدم استحسان الذات في الاكتئاب . كما تكون أعراضا لدى المرضى الفصاميون الذين ينزعون الى كتابه تواريخ الحياه التى سمعوها من الآخرين بوصفها خاصة بهم أنفسهم .

كما تكون الاسترجاعات الكاذبه شائعه بصفه خاصة في مواقف الشهادة . وغالبا مايكون فقدان الذاكره أو تحوير الذاكرة الذى يأتى في دفاعهم كاذبا ولكنهم يكونون غير مقتنعين لدرجة أن تلفيقاتهم العمديه يبدو أنها بعيدة الاحتمال .

(Talland, 1971, 151- 152)

وهناك نوع خاص من فقدان الذاكره ميزه ووصفه كريبلين (١٨٨٧) وهو الاسترجاع الكاذب الارتباطى The associative Pseudoreminiscence و وهذا يحدث عندما نرى أو نسمع عن شخص فيتذكر المريض تذكرا كاذبا انه قابله في مكان ما من قبل ، أو فعل شيئا معه . انه ليس دائما قرارا مستقيما أن نميزه بين هذه الاستجابه ، ومصدر آخر يمثل صعوبه بالغه . ووفقا لكريبلين ، فان التذكرات الكاذبه المبنيه على الاحلام أو الهلاوس تكون ثابته على مر الظروف المتكرره على حين تمثل خداعات الذاكره المشتقه من مصادر حقيقه لأن تكون متغيره . بل ان الاستدعاء المتكرر للكذب المرضى قد يثبت محتواها ، ويتعرض مرضى اضطرابات الذاكره في البداية لان يرتبط بتذكراتهم الكاذبه

بعض عدم الثقه بالنفس . ولكن مع تكرار حكايتهم لقصصهم يصبح اعتقادهم في صحتها اكثر رسوخا . (Talland, 1971, 151 - 152)

٥ - أخطاء في المراجع Errors in Reference

يكون الانطباع الذى يتكون عن خبره جديده تماما وكأنها خبره معاده مطابقه لخبره سابقه - يكون شيئا عاديا لدى الأصحاء والعاديين - ولكن هذه الظاهره اكثر شيوعا لدى مضطربى الذاكره ، وبصفه خاصة في اصابات الفص الصدغي . وتحدث الصوره الاكثر شيوعا من تحوير الذاكره هذا في الادراك البصرى كما أن لها مثيلا في الحواس الأخرى وأيضا في الخبره العامه .

أوضح جانيه (١٩٤٢م) أن هذا العرض ليس انحرافا في الذاكره ، ولكن في الادراك ومن الواضح أن المرضى باضطراب الذاكره لا يمكن أن يكونوا راضين عن الثنائيه البسيطه : الألفه - الجده وبالاضافه الى قلة ثقتهم في التعرف على شخص أو شيء أو موقف في فئه مرضيه أو في أخرى فان هؤلاء المرضى يكونون فئه ثالثة متميزة وقد ناقش كريبلين (Kreapelin) تحوير الذاكره بنوعيها بوصفهما ظاهرتين تحدثان لدى المرضى تشوشا للذاكره وهلاوس للذاكره ،وهم يخبرون الاحداث التى تقع كما لو كانت قيلت من قبل في حلم أو تحذير ، ولذلك فهى معروفه تفصيليا من قبل حدوثها .

كما أشار كريبلين (Kreapelin) الى تحويرات الذاكره على أنها تكون نتيجة اعاقة العمليه الادراكيه . ولذلك فهى تنقسم الى ماض وخبره اخرى حاليه ، ذلك الحدث الموجود والمستمر من الممكن

أن ينقسم الى سلسلةمن الخبرات المتميزة للذاكره يكون ظاهر بطريقة مباشـــرة في عرض تحوير الذاكره المضاعف . فمثلا المرضى المصابون باضطراب مزمـــــن في الذاكره ، أن أول فحص طبي من نوعه يجرى لهم هو تكرار لفحص سابـــــق أجراه نفس الطبيب كما يخبرون عن اقامتهم بالمستشفى على أنها وضع جديـــــــد كلما اتجه انتباههم الى ذلك .

(Talland, 1971, 151- 152)

عكس الظاهرتين السابقتين ظاهرة الفشل الكامل للتعـــــرف، وتظهر حالة خاصة لهذا النوع من الانحرافات عند ما يسرد شخص ما أفعـــالا عملها وتكون من فعل شخص آخر ،أو يكتب كلاما ينسبه لنفسه ويكون كـــلام كتبه أو قاله شخص آخر ، مثل هذا الانتحال قد يكون غير موءذ بالمـــــره ويظهر اناس أصحاء تماما في ظروف منفصله ويحدث هذا في الشيخوخـــــة بطريقة منتظمه ومعروف كعرض اكلينيكى باسم الذاكره الخفيه Cryptomasia .

(Talland, 1971, 151-152)

اضطرابات الذاكره المباشره :

توجد ظروف عديده يظهر في الافراد من خلالها عيوب في الذاكرة المباشرة بعض هذه الظروف قد تكون غير عاديه كما يحدث عند الاصابـــــة بارتجاج في المخ وبعضها عادى كما يحدث في انخفاض القدرات العقليـــه التى يصاب بها كبار السن ودراسة مثل هذه الاضطرابات هامه .

حيث أشار Hunter الى ثلاثة أنواع لاضطرابـــــات الذاكرة المباشره .

النوع الأول :

نقص القدره على التذكر
memorizing-defect
ويمكن تحديد أهم السمات البارزه لهذا النقص في النقاط التالية :

أ - لا يستطيع المريض تذكر الاحداث التى وقعت له لاكثرمن عدة ثوان لذلك فهو ينسى الوجبه التى انتهى منها الآن ، وينسى الأخبار التى سمعها منذ لحظات والزياره التى قام بها من مدة قصيرة .

ب - يظهر المريض ضعفا قليلا او قد لا يظهرمعلى الاطلاق في قدرته على تذكر الاحداث التى جرت قبل بداية مرضه ، وهكذا فانه لا يستطيع أن يستخدم اللغة ويتعرف على الناس والأشياء التى كانت مألوفه له قبل مرضه .

جـ - يظهر المريض ضعفا قليلا أو قد لا يظهره في التذكرالمباشر . وعلى هذا فانه يستطيع ان ينجز عمليات مدى الذاكرة المباشرة فيستطيع تذكرموضوع تكلم عنه كثيرا ويكمل قصة بسيطه قصيره . وكذلك يستطيع ان يتذكر سوءالا قصيرا لمدة بسيطه تكفي لاجابته اجابة صحيحه .

أما اذا كانت المده طويله فنجد المريض بسبب النسيان لكل أو معظم الاحداث الجاريه غير قادر على حل المشاكل التى تتطلب التجميع والاحتفاظ بالدلائل وقتا طويلا من الزمن .

والمريض هنا لا يستطيع تذكر او انجاز المهام التى تتطلب منه تذكر تعليمات تلقاها منذ دقيقه ماضيه ، فهو دائما يضع الأشياء في غير اماكنها ويضل طريقهالى المستشفى وحتى الى غرفته . وهو سيء التوجيه في الزمان وفي المكان طالما أن الحاضر بالنسبه اليه

ليس جزءًا من مضمون ايقاعي مستمر .

(Hunter,M.L., 1964,81-85)

النوع الثاني :

فقدان الذاكره الرجعي : Momentary-Retrograde Amnesia

وهذا النوع قد سبق الاشارة اليه في الجزء الخاص بأنواع فقدان الذاكرة .

ويحدث فقدان الذاكره الرجعي بوجه خاص للافراد الذين شفوا من ارتجاج في المخ . وهؤلاء المرضى يعجزون عن تذكر الأحداث التي جرت قبل لحظة الاصابه بالارتجاج مباشرة وقد قدم و . ر. راسل في كتابه Brain Memory learning تأثير ارتجاج المخ على القدرة التذكريه ،حيث قال : من يشفى المريض من صدمه الارتجاج في المخ ، لا يرجع الى حالته الطبيعية كشخص يستيقظ من النوم ، بل أنه يمر خلال مراحل متتابعه تتميز بعودة الاشكال الوظيفيه الأكثر تعقيدا وذلك على التوالي :

فأولا تعود الانشطه المنعكسه البسيطه ثم الحركة القلقه التي تشمل الجسم كله حينئذ تأتى حركة اكثر هدفا وتنمو القدرة على نطق بعض الكلمات والجمل المنفصله حتى يصل المريض في النهاية خلال مراحل الشفاء الى التعقيد الوظيفي الطبيعى للقدرات وخلال فترات الشفاء ، نجد أن تذكّر الاحداث الماضيه الاكثر قربا قبل صدمة الارتجاج - هو الأكثر تأثرا باثار الاختلال الوظيفى المخى العام .

وحين يصل المريض الى مرحلة القدرة على التحدث بترابط معقول ، تبدأ بعض اعراض اخرى في الظهور ، فهو ليس في حالة

تسمح له بتفهم الأحداث الجاريه تماما أو أن يتذكرها بعد ذلك بقليل . كما انه يكون في حالة لا تسمح له بتذكر الأحداث التى جرت قبل الحادث وهذا مايسمى بفقدان الذاكره الرجعى أو العكسى .

(Hunter, M.L., 1964, PP. 85-90)

النوع الثالث :

الشيخوخه والذاكره القصيرة الاجل

Ageing and short term memory

هناك نوعان للبحث في بعض القدرات لدى كبار السن :

الاتجاه الأول :

أن الانسان المتقدم في السن غالبا مايتفوق على رفاقه الأصغر سنا . فالرجل المتقدم في السن لديه رصيد أعظم من التجارب ونضوج الخبره ، ولديه مهارة عملية في التعامل مع القضايا التى من المحتمل أن تبرز له في مجال عمله أو تخصصه .

الاتجاه الثاني :

التلف المتقدم للوظائف

Progressive-Impairment-of function

يتجه هذا النوع الى التناقض مع الاتجاه الاول . فيعتمد هذا الاتجاه على أن خلايا المخ حين تفقد مره لا يحل محلها شيء ، واثناء تقدم العمر بالانسان تموت بعض الخلايا في المخ أو تتحطم نتيجة لاصابات دقيقه من أنواع متعدده وتكون النتيجة فقدانا متقدما لنسيج المخ الحيوى .

وفي بعض العمليات العقليه لا يهم الفقدان الطبيعى لبعض أنسجه المخ ولكن في بعض العمليات الاخرى يكون لهذا الفقدان أهمية لا تستطيع التجارب الماضية ونضوج الخبره أن تعوضها فالمكسب في هذه الحالة يفوق الخسارة . وبالنسبة للقدرة التذكرية بوجه خاص

نجد أن قدرة كبار السن على الاحتفاظ بالمعلومات المعقدة في العقل تكون أقل من الصغار . فالشخص المتقدم في السن يكون أقل كفاءة من الشباب في الاعمال التى تتطلب استيعاب وحفظ كمية من المعلومات . أى ان ذاكرته القصيرة المدى اكثر تعرضا للاضطراب .

(Hunter, M.L., 1964, PP. 90-93)

.. ..

يتبين مـن التعريفات السابقة لمفهوم التذكر الآتي :

ان بعض التعريفات تركز على تعريف التذكر من خلال عمليات (التعلم ، الاكتساب ، التعرف، الاحتفاظ ، الاسترجاع) .

وتركز بعض التعريفات على أن التذكر ليس مجرد تسجيل وحفظ واستعاده بل هو وظيفة عقليه مركبه تشمل استجابه اوليه كالادراك والتفهم والتعرف على ، وتتأثر الاستجابة الاولية بعدة عوامل مثل الاستجابات السابق تعلمها والتعب - حفظ قصير المدى - حفظ طويل المدى - استرجاع - تنشيط وقراءة المادة المسترجعه .

غير انه على المستوى الاكلينيكى ، فالتقسيم المتعارف عليه تذكر مباشر - تذكر قريب - تذكر بعيد .

وهناك تقسيمات اخرى للذاكره : ذاكره مباشره - ذاكرة قصيره المدى - ذاكره طويله المدى - ذاكرة الحاضر القريب - والذاكرة البعيدة .

وقد حاول الباحثون ان يحددوا الفروق مابين هذه المصطلحات فالذاكره المباشرة هي القدرة على تذكر ماقدم خلال ثوان قليلة ماضيه وقد ارجع بين (Payne) الفرق بين الذاكرة المباشرة ، والذاكرة القصيرة الى وجود نشاط بين المنبه والاستدعاء في حالة الذاكرة القصيرة ، اما في حالة عدم وجود مثل هذا النشاط فاننا نكون أمام الذاكرة المباشره .

والبعض الآخر امثال كريك ، ولوكهرت (Crick & Lockhort) الى اللذين أرجعا الفرق بين النوعين الى معدل الفاقد حيث لوحظ ان معدل

الفقد في الذاكرة القصيرة المدى يتراوح مابين ٥-٢٠ على حين في الذاكرة المباشرة يتراوح مابين ربع الى ثانيتين، وذاكره الحاضر القريب، والحاضر البعيد تهتم بتخزين المعلومات لساعات أو ايام أو اسابيع أو شهور، ولتمييز بين النوعين ذو مغزى من وجهه النظر الاكلينيكيه

اذا انتقلنا الى اضطرابات الذاكره يتضح لنا ان اكثر التصنيفات شيوعاً هوتقسيم اضطرابات الذاكرة على أساس مسبباتها ، فهناك اسباب نفسيه لا ضطراب الذاكره بيدو في الشروط وفقدان الذاكرة الهستيرى ، وهناك أسباب عضوية يمكن ارجاعها الا الى آثار جانبيه لجراحة اورام المخ ،أو ضيق في الاوعية أو التسمم والاضطرابات في عملية التمثيل .
وهناك تفرقة اخرى في مجال اضطراب الذاكرة والتى توجد مابين فقدان الذاكره وتحوير الذاكره .

ويتفق الكثير من الباحثين عند تصنيف الذاكرة على أساس المصدر - نفسيه المنشأ في مقابل عصبيه المنشأ .
ويعتمد مبدأ آخر للتصنيف على فترة الاضطراب ، حيث تمثل حالات فقدان الذاكرة المؤقته احد الاقطاب وتمثل اعراض فقدان الذاكره المستقره نسبيا والمستمرة في التدهور والمزمنه القطب المقابل .

قد أفاد وليامز (Williams) ١٩٧٠م ان الاكلينيكيين يفضلون النظر الى اضطرابات الذاكره من وجهة النظر التى تصنفها الى امنيزيا لاحقه وامنيزيا رجعيه ، وقد اشار هنتر (Hunter) بصفة خاصة الى انواع اضطرابات الذاكره المباشرة، والتى تنقسم الى ثلاثة انواع :
الأول : نقص القدرة على التذكر ، الثاني فقدان الذاكرة الرجعي :
الثالث : السيخوخه والذاكرة القصيرة المدى .

الدراسات السابقة

أولاً :

عرض لبعض البحوث والدراسات الخاصة بالتذكر .

ثانياً :

عرض لبعض البحوث والدراسات التى اهتمت بالانتباه والإدراك .

ثالثاً :

مناقشة الدراسات السابقة .

الدراسات السابقة

مقدمـــة :

يتجه هذا البحث الى دراسة موضوع محدد هو التذكر قصير المدى في علاقته بالانتباه والادراك لدى الفصاميات والسويات . ولما كانت الباحثة مدركة منذ البداية لأهمية وجود تصور مسبق قائم على نتائج الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع بحثها ، لذا ستتناول فيما يلي تقديم هذا التصور لالقاء مزيد من الضوء على الموضوع الذى نحن بصدده وذلك من خلال عرض لعينة من الدراسات السابقة للتعرف على أهمية النتائج التي توصل اليها الباحثون .

لذا سوف تتناول الباحثة بعض الدراسات العربية والأجنبية ـ على سبيل المثال ، وليس الحصر ـ التي تلقي الضوء على جوانب الدراسة الحالية .

ويمكن تقسيم الدراسات السابقة على النحو الآتي :ـ

١ـ دراسات خاصة بالتذكر .
٢ـ دراسات خاصة بالانتباه والادراك

أولا : عرض لبعض البحوث والدراسات الخاصة بالتذكر :

تستعرض الباحثة في هذا الفصل عددا من البحوث والدراسات التى تناولت التذكر لدى الفصاميات .

ويطرح الباحثون في هذا المجال عددا من التساؤلات .

١- هل للمرضى (أبنيه تنبيه) ذاكره عاديه لتنظيم تسجيل المثيرات .

٢- هل يستخدم المرضى التنظيم التنبيهى عندما يعطون احدى مهام الذاكره .

٣- هل يمكن حث المرضى على استخدام طرق التسجيل العاديه ، بمعنى آخر ، هل التسجيل الأعمق يسهل التذكر عند المرضى كما هو عند الاسوياء ؟ .

استعرض جلاديس (Gladis) عام ١٩٦٧م دراسة ، مستخدما فيها اختبار التعلم المزدوج الارتباطى ، وهو يشتمل على صفات ذات مقطعين على الفرد أن يتعلمها استجابه لمقاطع غير ذات معنى . وقد تعلم جميع الأفراد المواد المطلوبة الى محك محدد وعددهم (٤٥) من المزمنين الفصاميين و (٣٦) من الأسوياء المناظرين . وقد جرى الاحتفاظ بالمعلومات على فترات (٧ ، ١٤ ، ٢٨) يوما (بحيث جرى اختبار " ١٥ " من المصابين بالفصام في كل فترة) ، واسفرت النتائج عن :

عدم وجود فروق ذات دلالة في التعلم بين المصابين بالفصام وافراد الضبط الا أنه ظهرت فروق ذات دلالة جوهريه في درجات الاحتفاظ . حيث انه استطاع الفصاميون الاحتفاظ بحوالى نصف المعلومات التى استطاع أفراد عينة الضبط أن يحتفظوا بها وقد قل قدرة جميع الأفراد عن الاحتفاظ حين طالت الفترة . وعندما اعاد الأفراد تعلم

المواد الى نفس المحك ، مع أن المصابين بالفصام كانوا أقل اعادة تعلم ، ومع هذا فالفروق لم تكن ذات دلالة . (من المشاكل التى اعترضت تفسير النتائج أن الأفراد المصابين بالفصام كانوا يتناولون العقاقير المهدئة في وقت الاختبار .

(Payne, 1971, 445)

وهناك دراسة حول الاحتفاظ (retention) على المدى الطويل قام بها كل من بومان وموراى (Bauman, Murray) ١٩٦٨م ، تتعلق بالفروق بين الجماعات الفرعيه المصابين بالفصام حيث قاما بتوجيه أفراد اختارهم أن يتعلموا قوائم من الكلمات الى محك (Criterion) معين ثم قاسا الاحتفاظ بعد ذلك بنصف ساعه وقد قسما مجموع المصابين بالفصام وعددهم أربعة وعشرون الى مجموعتين بناء على اختبارات التفكير الاشتمالى المفرط .

Over-inclusive- Thinking الذى طوره بين (Payne) وهيولت (Hewlett) ١٩٦٠م واختبار جولد شتاين Galdstein Obgect-Sorting Test .

ودرجة " المناوله " واختبار في تصنيف الأشياء . وقد قورنت طريقتان في قياس الاحتفاظ بين الأفراد ذوى التفكير الاشتمالى المفرط Over Inclusive Thinking وغير ذوى التفكير الاشتمالى المفرط .

وظهرت نتائج الدراسة كماهو متوقع متمثله فيمايلي :

أن جميع الافراد كانوا أفضل في التعرف منهم في التذكر ولم يكن المصابون بالفصام مختلفين عن مجموعة الأسوياء في تمييز المواد

ولكنهم كانوا أسوأ والى مدى ذوى دلالة في التفكيربدون معاونه ،
وهذا يشير الى صعوبة في الاستعاده من المخزن (Storage) وليس فرطا في الاحتفاظ بحد ذاته ومما يؤسف له أن هذه النتائج فيها غموض كذلك بسبب أن المصابين بالفصام كانوا يتناولون العقاقير أثناء فترة الاختبار.

ومن العرض السابق للنتائج يتضح أن هناك عاملا يجعل تفسير النتائج في دراسة كل من جلاديس ودراسة بومان ومارى صعبا ، فمع أن دراسة جلاديس تبدى أن المصابين بالفصام قد يكون لديهم صعوبه في الاحتفاظ على المدى الطويل ، الا أن من الممكن كذلك أن تكون صعوبتهم في تثبيت الذاكره ، فاذا كانت مشكلة المصابين بالفصام أن ذاكرتهم القصيره المدى قاصره ، فان هذا العامل وحده كاف لمنع المعلومات من التثبت في " المخزن الطويل الأمد " ولهذا فان نتائج جلاديس قد لا تعكس نزعة المعلومات في المخزن الطويل الأمد للتدهور بسرعة بمرور الوقت عند بعض المصابين بالفصام .

فقد يكون السبب أن المعلومات لم تصل أصلا الى ذلك المخزن والحقيقة الماثله هي أن الدلائل الأخرى تشير الى أنه في الذهان يبدو أن المعلومات التى تم تعلمها قبل الذهان يكون تأثيرها أقل بالمرض وأما استعادة المعلومات فهي عملية مختلفة تماما من عمليات الذاكرة ذات الأمد الطويل . فبعض الأفراد قد يكونون أسرع أوادق أو أسرع وادق معا ، في استعادة المعلومات المخزونة من غيرهم . والقياسات التى يحتمل أن تقيس اكثر من غيرها سرعة الاستعادة من الذاكره تشمل العديد مما يسمى اختبارات " الطلاقه " والذى يطلب في اختبارات الطلاقه منا لفرد في العادة أن يدون " مثلا " كل الكلمات التى تخطر في باله في غضون فترة محدده من الوقت . ومن الواضح أن عدد الكلمات

التى يدونها الفرد هي داله (Function) لعدد الكلمات التى يعرفها الفرد والتى هي موجوده في تجمع الذاكره (المخزونه) وسرعة وفعاليه في أى عمليات مسح واستعاده متطلبه . وكلما قصر الوقت المحدد ازدادت دلاله الدرجة الحاصلة في الاختبار على سرعة الاستعادة بخلاف حجم المعلومات المتوفره .

(Payné, 1971, 445)

أما دراسة الموبيرى (Elmow,P.L.,) ١٩٧٠م فكان الهدف منها دراسة عجز الحفظ والتعرف لدى الفصاميين ، وتتكون عينة البحث من ١٦ من الفصاميين من مستشفى مدينةمينسوتا و ٨٠ من الأسوياء كعينة ضابطه . متشابهين في السن والتعليم ومستوى الذكاء حيث تكونت العينة من ثلاث مجموعات وزعت عشوائيا على النحو التالي :-

١- المجموعة الضابطه من الأسوياء
٢- المجموعة الفصاميه التى تعاني من هلاوس وهذاءات .
٣- المجموعة الفصاميه التى لا تعاني من هلاوس وهذاءات

حيث كانت هذه الدراسة تحاول تأكيد وجود تداخل في تعلم قائمتين من الكلمات المزدوجه ناتج عن عجز نيرولوجي (Neurological) مفترض ينتج عنه تداخل في القوائم يظهر بوضوح في اداء الفصاميين عند مقارنته باداء العينه الضابطه وهذا بدوره سيؤدى الى اختلافات كبيره صعبه في تعلم القائمة الثانيه .

وقد اشارت الدراسة في نتائجها الى أن المجموعة التى تعاني من اعراض بارانويه منخفضه وجد لديها تداخل في التعلم والاستدعاء كذلك أوجد التداخل فروقا فرديه بالنسبة للحالات البارنويه المنخفضة في :

حفظ القائمة الثانية من مواد الاختبار نتيجة لعدم القدرة على الاستدعاء المباشر للكلمات المزدوجة في القائمة الأولى فكان طبيعيا ان تؤخر هذه الاستجابه لاستعادة القائمة الثانيه ونتيجة لمرور الوقت كذلك كان يظهر على نحو متزايد فقدان في استجابات القائمة الثانية .

أما المجموعةالتى تعاني من اعراض بارانويه مع هلاوس وهذاءات فقد تشابهت في نتائجها مع المجموعةالتى لا تعاني من هلاوس وهذاءات فيما عدا بعض الاختبارات ولكن لم يكن لها دلالتها الاحصائية .

غير أن الباحث لم يهتم بتوضيح الفروق بين العينة الضابطة والعينة التجريبيه في تلك الدراسة بقدر الاهتمام بالفروق بين المجموعات التجريبيه . وكذلك فقد اهتمت تلك الدراسة فقط بالتداخل واثره على عوامل الحفظ والاستدعاء ولم تلق الضوء على طبيعة التذكر لدى الفصاميين .
(Elmow, P.L., 1971, 656-657)

ومن الدراسات التى اهتمت بالتعرف على ذاكرة الفصاميين لدلالة الألفاظ وتركيب الكلمة في جملة واشكالها في العبارات التى تظهر في الحديث المنطقي (المترابط) دراسة مارى بارمير تايلر (Mary parmer Tyler) ١٩٧٠م حيث كان هدفها البحث عن فروق بين الفصاميين والأسوياء في ارسال عبارات تصدر في حديث مترابط .

واختير لهذا البحث عينة تشتمل على (٣٢) فصاميا (٣٢) سويا ، متساويين في العمر وفي درجة نطق الحروف .

وقدمت لهم مادة اختبار عباره عن جمل مرتبطه ومختصره تقدم للمفحوصين ثم يطلب منهم بعد ذلك أن يتعرفوا على جملة من

القطع التى سبق وقدمت لهم ،اما عن طريقه التقديم فقد قدمت الباحثة الى المفحوص الجمل بمفردها اولا ، وفي التقديم الثاني عرضت عليهم نفس الجمل موضوعه ضمن ٨٠ جمله اضافيه ، وقد أسفرت نتائج الدراسة عما يلي انه :

١- على الرغم من وجود اضطرابات ادراكيه حسيه لدى (٣٢) فصاميا في تاريخهم المرضى ، فقد فشل البحث في ايجاد فروق مميزة بين الفصاميين والأسوياء للذاكرة اللفظيه .

٢- ومن النتائج غير المتوقعة في البحث أن كلا المجموعتين كانتا اكثر دقه في التعرف على تركيب الجملة اللفظي .

(Tyler, Mary, P., 1971, 6915)

كما وقد وجد نيدورف (Nidorf) ١٩٦٤م وترسكوت (Truscott) ١٩٧٠م وبومان (Bauman ١٩٧١م ، التذكر عند الفصاميين قد تحسن حينما وفرت قوائم الذاكرة تنظيما سهلا ، وقد كانت درجة تحسن التذكر عند الفصاميين أقل ، الا أن الفرق غير معنوى من درجة تحسن التذكر عند الأفراد الأسوياء ، الأمر الذى يؤكد التوقع المبنى على النتائج التى توصل اليها واينفارتز واخرون عام ١٩٨٠م . وقد وجد تروبمان (Traumpan) ١٩٧٥م أن الفصاميين الاستجابيين - وليس فصامي العمليه - هم الذين انتفعوا من الزيادة في الارتباط بين مفردات قوائم الذاكره . ومع ذلك وجد وايتغارتنر (Weingartner) عام ١٩٨٠م انه عندما يتذكر الافراد الأسوياء عددا من كلمات القوائم المنظمه اكبر من عدد كلمات القوائم العشوائيه فان الفصاميين قد تذكروا عددا مماثلا من كلتا القائمتين .

(Kaplan ,H.1., et al, 1980 354)

ودراسة جيمس هيوارد شو (Jamas Haward Shaw)

استهدفت البحث في عملياتالذاكره لدى الفصاميين ، وتحاول التعرف على قدرةالفصاميين على الاستدعاء ، وهل جوهر الفصام يتداخل مع قدرتهم على استرجاع استجابات صحيحه. وذلك باستخدام اختبار وكسلر للتذكر . وقد تم اختيار عينة البحث من المستشفى الطبى العام، حيث تتراوح أعمار أفراد العينة ما بين ٢٤-٤٠ سنه ، وعددهم في "٢١" مريضا لم يسبق لهم الاصابة بأى مرض عضوى و "٢١" فصاميا من نفس نزلاء المستشفى متساويين في العمر والتعليم واختبار قراءة شفهي لقياس المهارات اللفظيه لدى أفراد العينة . وقد حاولت الدراسة التعرف على الفروق التالية :-

١- أنه لا توجد هناك اختلافات جوهريه بين الفصاميين والعينة الضابطه في القدره على اعطاء استجابات صحيحة - التبسيط ، الحفظ والاسترجاع - في تذكر المعلومات وفي الاحتفاظ .

٢- أن التحريف الثانوى والرئيسى لدى الفصاميين أعلى منه لدى العينة الضابطه .

وقد أسفرت نتائج الدراسة على مايلي :

١- عدم وجود اختلافات ذات دلالة احصائية في اعطاء استجابات صحيحة وفي درجة سرد القصة والتشويه ، وحذف بعض الأفكار بين مجموع الفصاميين و بين العينة الضابطة .

٢- عدم وجود فروق في المتوسطات بين مجموع الفصاميين والمجموعة الضابطه في التبسيط وبذل الجهد والتبديل والتحريف الرئيسي كما وضح تحليل التباين .

٣- أما عن الاختلاف داخل الجماعات الفصاميه فقد اختلفت حالات البارانويا عن الفصاميين الاستجابيين اختلافات ذات دلالة احصائية بالنسبة

لمقياس وكسلر للتذكر فقد حصل البارانويون على متوسط درجات أعلى .

٤- كما أنه لا توجد فروق ذات دلالة فياختبار المعلومات الشخصية واختبار الكلمات المزدوجه بين المجموعتين .

ومن ناحية الاختلاف الكيفي في التحريفالرئيسى للفصاميين فقد أشارت الدراسة الى وجوب القيام بدراسات إضافية .

وقد أكدت درجات القصة ودرجات المعلومات تناقضا ذا دلالة احصائية وذلك بعد مرور شهر بالنسبة للفصاميين .
(Shaw,J.H. 1961, 2371 - 2372)

اما تروبمان (Traumpan) ١٩٧٥م فقد وجد أن التكرار الحادث بين المحاولات - وهو ترتيب في مفردات الاستدعاء - كان عند اكبر مستوياته في الافراد الاسوياء ، وكان أقل في الفصاميين الاستجابيين reactive على حين كان عند أقل مستوياته في مرض فصامى العمليه Process Schizophrenics . كما وقد وجد وايتغارتنر (Weingartner) وآخرون عام ١٩٨٠م انه لا يوجد فرق في الدرجة التى اليها استدعى الفصاميون والافراد الاسوياء المفردات في نظام متتابع او عنقودى Clustered or sequential . ومع ذلك فالبيانات التى توصلوا اليها تشير الى وجود عيب هام بالنسبة للفصاميين الذين يحاولون ترتيب استدعاء المعلومات بنظام عنقودى (Clustering). ولقد اظهر الفصاميون عددا من الأخطاء يزيد عن العدد الطبيعى حيث استدعوا كلمات غير مدرجة بالقائمه ، ورغم أن عملية الترتيب أو التوفيق بين المفردات ونمط الذاكره قد تكون سليمه تماما بالنسبة للمثيرات المسجلة

بعمق غير كاف ، فان هذه العمليه قد تكون اكثر اشكالا بالنسبة للمثيرات المسجله على عمق اكبر .

(Kaplan, H.l., et al , 1980, 355)

وقد ذكر كل من بومان (Bauman) وموراى (Murray) ١٩٦٨م ، تروبمان (Traupman) ١٩٧٥م ، كوه Koh ، وبيترسون (Peterson) ١٩٧٨م أن فصامي العمليه وليس الاستجابيين قد اظهروا عجزا في التذكر وليس في التعرف وذلك بالنسبة لأفراد مجموعة المقارنه . وقد وجد تروبمان أن فصامى العمليه وليس الاستجابيين (Reactive) هم الذين اظهروا ضعفا في مهام التعرف . وعلى أساس هذه النتائج اقترح أن اكثر الفصاميين يظهرون عجزا في الاسترجاع وليس في التصنيف أو اتخاذ القرار . ومن المفترض أن فصامي العمليه Process يعانون من عسر في وظيفة الادخال الأمر الذى يعرقل التسجيل المنظم ، وهناك افترض بديل موءداه أن فصامي العمليه Process يعانون من عجز عيام يظهر واضحا عند اعطائهم ايه مهام . أما الفصاميون من غير ذوى العملية non - Process يعانون من عجز أقل شده يكشف عنه في المهام الاكثر صعوبه أو في المهام التي تتطلب قدره تمييزيه .

(Kaplan, H.l. , et al. 1980, 354)

كما وقد وجد كوه Kohn وبيترسون Perterson ١٩٧٨م أن الوقت المستنفذ للاجابه على اسئله تتطلب عمق معالجة اكبر قد زاد بدرجه كبيره بالنسبة للفصاميين والافراد العاديين ولم يختلف كثيرا بين المجموعتين بالنسبة للكلمات المقدمه ، ومع ذلك فانه بالنسبة للكلمات ذاتيه التوليد فقد احتاج الفصاميون لوقت اطول من الوقت الذى احتاجه الافراد

الاسوياء لاستكمال كل مستوى منعمليات المعالجة . ولما كانت مهمة التذكر في هذهالدراسة محدوده بوقت معين فمن الممكن أن يكون الفصاميون لم يعطوا ببساطه الوقتالكافي لاكمال عمليات الاستعاده .
(Kaplan, H.l., et at, 1980,354)

وفي عام ١٩٨٠م اقترح واينغارتز (Weingartner) وآخرون أن تنبيه الذاكره عندالفصاميين قد يضعف في المهام التىتتطلب منهم بذل جهد واع لتنظيم المهمه . وبمعنى آخر فانه على الرغم من قدرة الفصاميين علىاستخدام التنظيم التنبيهى فانهم يواجهون صعوبة في توليد الجهد اللازم للقيام بذلك ولقد لوحظ أنالتذكر يتطلب تنظيما ذاتي التوليد اكبر مايتطلبه التعرفوبالتالى يزداد ضعفه في الفصاميين عن ضعف التعرف ، فترتيب مجموعة عشوائيهمنالكلمات يتطلب جهدا اكبر مايتطلبه ترتيب مجموعة منظمةمنها ولقدأظهرواينغارتز(Weingartner) وآخرون عام ١٩٨٠م أن الفصاميين يتعرفون على قوائم الكلمات العشوائيه أقل منه على مثيلاتها من الكلمات المنظمه في قوائم ، ويحتاج التذكر المقصود للكلمات المتولده ذاتيا . Self-generated Categories الى جهد معالجة اكبر مايحتاجهالتذكر العارضللكلمات المقدمه ، وبالتالى يضعف أداء الفصاميين .

وملاحظة أن الذاكره القصيرة الاجل عند الفصاميينتبدو أكثر ضعفا في المهام المليئه بالمجهود تميل لأن تكون اكثر صعوبه من مهام المقارنه حتى بالنسبة للافراد السويين .
(Kaplan, H.L., et al , 1980,355)

كما اهتمت دراسته بالتعرف على أثر العلاج الكهربائي

التشنجي في وظيفة الذاكره ، وذلك من خلال الاجابة من السؤال التالى :
هل يؤدى العلاج وظيفة التذكر على نحو دائم ؟ وقد القت الاجابة عن هذا السؤال الضوء على المشكلات الاتية :

أ ـ أى عمليات التذكر بالذات التى يصيبها التأثر ؟
ب ـ هل تتأثر مواد التذكر بجميع انماطها على نحو مماثل ؟
جـ ـ هل يؤثر هذا العلاج في المادة التى تعلمها الشخص قبل اجرائه بوقت طويل ؟

وكما هو معروف أن وظيفة الذاكرة تتوقف على ثلاثة عناصر هي :

١ـ التعلم أو التسجيل .
٢ـ الوعى أو الاحتفاظ
٣ـ الاختبار أو الاستدعاء للمادة التى يراد تذكرها .

وتقضى دراسة التغيرات التى تصيب الذاكره بطريقة موضوعيه استخدام قائمتين من نوعين مختلفين أعدتا على نحو خاص تتضمنان كلمات ذات معنى وكلمات اخرى ذات معنى مصاحبه لكلمات عديمة المعنى وقد كتبت مجموعات الكلمات المزدوجه على بطاقات فرديه . واستخدمت البطاقة نفسها للحفظ واعادة الحفظ والاستدعاء ، على حين استخدمت بطاقة أخرى لقياس التعرف ، وتتكون هذه البطاقة من الكلمة الأولى لزوج الكلمتين تعقبها اربع كلمات لانتقاء الكلمات الصحيحة من بينها ، وقد روعى أن تكون الكلمات الثلاث غير الصحيحة بقدر الامكان مع الكلمة الصحيحة .

واجرى اختبار المرضى قبل العلاج بثلاث الى ستين دقيقة ثم أعيد اختبارهم بعد أربع وعشرين ساعه من العلاج . وكان على كل مريض ان يحفظ قائمة واضحه المعنى وقائمة غير واضحة المعنى في كل جلسة حتى جاء اليوم الذى أدى فيه الخلط الناتج عن العلاج الى تعويق سرعة الحفظ الى درجة كبيرة وحينئذ كان يعطى قائمة واحدة فقط كل مره ، مع التناوب بين المادة الواضحة المعنى والمادة ذات المعنى غير الواضح .

وهناك ثلاثة اقسام انحصر اختيار الوعي فيها : الاستدعاء ، التعرف ، اعادة الحفظ . أما صعوبة التعلم فيقاس بعدد المرات التى كانت البطاقه الخاصة بكل بند تعرض فيها حتى يصل المختبر الى الاجابة الصحيحه عليها . وفترة التعلم قسمت الى :

١- الفترة الضابطه من اليوم الأول الى اليوم العشرين (بما في ذلك اليوم الأول للعلاج بالصدمات)
٢- الفترة المبدئيه للعلاج (من اليوم الحادى والعشرين الى اليوم السابع والعشرين) .
٣- الفترةالنهائيه للعلاج (من اليومالثامن والعشرين الى اليوم الخامس والخمسين) .
٤- الفترة اللاحقه للعلاج وتستغرق ١٦ يوما .

وقد اتضح من خلال هذه الدراسةارتفاع متوسط درجات التعلم ارتفاعا كبيرا خلال الفترة النهائية للعلاج . وقد قورنت المتوسطات الأربعه بطريقة تحليل التباين .

وليس من الممكن استنادا الى نتائج هذاالتحليل البت فيما اذا كان العلاج بالصدمات قد أثر في الوعي فعلا ، اذ أن قياس الوعي متوقف على :-

١- صعوبة التعلم الأصلي
٢- صعوبة اعادة التعلم
٣- الوعى ذاته .

ومن هنا كان لابد من استنباط طريقه تحفظ العاملينالأولين ثابتين لتحديد أثر الصدمات على الوعى نفسه ؟
وتحقيقا لذلك اجرى تحليل التغاير ، ويحتوى على استبعاد أثر أحد

العوامل مع الاهتمام بما يصيب أحد العوامل الأخرى من تغيرات؟ اما فقد الوعى فبلغ اقصى مداه اذا أعطيت الصدمات بين التعلم واعادة التعلم ، اذ تبين ان الادخار اثناء فترة اعطاء الصدمات يختفي تماما مما يدل على أن الصدمات تمحو الوعى محوا تاما بعد استبعاد أثرها في القدرة على التعلم . بيد أن هذا لا يعنى أن غياب الادخار يدل على محور اثار الذاكره ، بل اضطراب نظامها فقط ومن ثم تفقد قدرتها المساهمة في مهمة اعادة التعلم .

من خلال هذه الدراسة اتضح أن التعرف ، والتعرف على المألوف يتأثران اذا اعطيت الصدمات بين فترتي التعلم والاختبار ، كما حاولت الدراسة التعرف على مايحدث للمادة التى تعلمها المختبر اثناء الأسبوع الضابط قبل اعطاء الصدمات ؟ وكانت تحتوى على أبعد الذكريات ولم يعط المختبر أية صدمات بين تعلمها أولا واختيارها بعد ٢٤ ساعه . فهل تؤثر الصدمات في هذه الذكريات أيضا ، ولا ية فترة بعد العلاج ظل هذا الاثر باقيا .

واتضح من النتائج ان الاستدعاء كان لا يزال مفقودا ، وان الهبوط في التعرف كان يسيرا اذا قورن بنتائج اختبار التعرف الاصلى اما الفقد الظاهرى للتعرف على ماهو مألوف فقد ظل باقيا ، ولكن المادة التى تعلمها المختبر بعد العلاج لم تصب بهذا الفقد للتعرف على المألوف كما لم يصب به ايضا المرضى الذين لم ينالوا علاجا .

(يوسف مراد ، ١٩٦٨ ، ٨٣٨ - ٨٤٩)

ثانيا : عرض لبعض البحوث والدراسات التى اهتمت بالانتباه والادراك لدى الفصاميين :-

والتساؤلات التى يطرحها الباحثون في هذا المجال هي كالتالي :-

١- هل الاداء السيء لدى مرضى الفصام الحاد ، على اختبارات الذاكره يتيح عن حدوث الاضطراب في الانتباه ؟
٢- وهل القلق لدى المرضى الذهانيين قد يعكس نقصا في مدى الادراك ؟ وما مدى تأثير الذاكره المباشرة للمنبهات البصريه لدى الفصاميين ؟
٣- هل الشرود الذهني ينتج عنه البطء في الاستجابه مما يجعله مرتبطا بارتفاع نسبة القلق ؟
٤- هناك ارتباط بين اضطراب التفكير والانتباه والادراك ؟

ويرى فنابلز Venables ان المرضى الذين يعانون من فصام حاد ، أوالذين يعاودهم المرضى اوالفصاميين من ذوى جنون العظمه يتميزون بعدم القدرة علي تقييد مدى انتباههم فيجتاحهم بذلك انطباعات حسيه من كل اتجاه وتصبح كل الوحدات items of all Kinds بكل انواعها ذات أهمية متساويةوميل الاحساس بمعنى العالم الخارجي لديهم لان يكون مفقودا . وعلى سبيل المثال فان العلاقة بين الشكل والارضيه في الصوره - وهي العلاقة التى تجعل الصورة معبره فتتحطم فتصبح الصورة كلها تقريبا مجرد شكل أو كلها تقريبا أرضيه .

(Wing, J.K, 1980, 128-133)

كما أجرى كل من بين (Payne) وكيرو (Keiro)
دراسات للوقوف على العلاقة بين شرود الذهن والانحرافات الذهانيه وشملت الدراسة (١٥) من مرضى الفصام الذهاني و(١٥) من مرضى الفصام غير الذهاني ، (١٥) من غير مرضى الفصام ، وكان الاختبار يقيس مقدار الوقت الذى ينتقل به المفحوصون عند سماعهم لأسئلة الاختبار المتعدد وضم الاختبار عددا متنوعا من مثيرات الشرود ، وكانت المثيرات عبارة عن نغمات تنتقل الى اذان أفراد العينه عبر سماعات على حين كانت مثيرات الشرود نغمات مشابهه تنطلق من مكبر صوت ، وكما توقع الباحثان كان مرضى الذهان اكثر تأثرا بمثيرات الشرود من غيرهم من المرضى الذين لا يعانون من الفصام ، على حين كان مرضى الفصام الذهاني يبدون درجة متوسطة من الشرود وبدأ ميل واضح عند مرضى الانفصام الذهاني نحو التفكير الذى يتسم باحتواء أعلى اكثر من غيرهم من مرضى الفصام غير الذهاني أو غير الفصاميين، كما يوجد ارتباط واضح بين اختبار حصر كلمات الأمثله وزمن رد الفعل الذى تم قياسه في حالات الشرود .

(Payne, 1971, 426)

كما أجرى شابيرو (Shapiro) ونلسن (Nelson)
مجموعة كبيرة من اختبارات السرعة على مجموعة تتكون من عشرين من الأفراد الأسوياء ، وعشرين من المرضى بالعصاب وعشرين من مرضى الفصام ، وعشرين من مرضى الاكتئاب ، وعشرين من المرضى المصابين باصابات في الدماغ ، ووجد أن هناك عاملين مستقلين يحددان مصفوفه معاملات الارتباط ، وهذا يعنى وجود سببين ينتج عنها البطء في الاستجابه بين المرضى الشواذ . ومن المحتمل أن يكون بعض المرضى مصابين بالشرود الذى ينتج عنه البطء في الاستجابة .

(Payne, 1971, 471,)

ووجد بين (Payne) دلائل تشير الى أن مرضى العصاب الذين يشعرون بالعزله والتقوقع أبطأ من غيرهم مما يشير الى أن بطء أداء هؤلاء المرضى يتأثر بارتفاع نسبة القلق لديهم . وقد يتأثر البطء أيضا بشرود الذهن وتراكم الهموم والأفكار والقلق بانواعه ، وأكدت بعض الشواهد والمستخلصه من اختبارات السرعة المعطاه لطلبة الجامعة تلك الفكرة .

ويرى " كلاردج " (Claridge) أن مرضى الفصام الذين تسهل استثارتهم اكثر سرعة للاستجابة من غيرهم ممن لا يسهل استثارتهم .

(Payne, 1971, 470 -471)

كما اجريت دراسة أخرى عن التشتت البصرى والسمعي لدى مجموعات من مرضى الفصام والمرضى العضويين من ذوى الاصابة في الفص الصدعي ، ومرضى الصرع ، وممن يعانون من تصلب الشرايين والتى أظهرت أن جميع المرضى كانوا حسني الأداء على اختبار التشتت البصرى ، أما في اختبار التشتت السمعي فكان الاداء جيدا لدى كل المجموعات باستثناء مجموعة الفصام الهذائي حيث لم تظهر فروق في متوسط درجاتهم مع التشتت وبدونه .

وفي هذه الدراسة نجد أن مرضى الفصام الهذائي أفضل من مرضي الفصام غير الهذائي ، وتوحي نتائج هذه الدراسة بعدم تأثر الذاكره المباشره بالانتباه وان كان من الصعب الاركان الى نتائجها .

(Lawson, Mcghie and chapman, 1967)

وقد اوضح بريبرام (Pribram) وزملاؤه ، وكيمبل (Kimble) وآخرون ١٩٦٥م ، ان التقرحات في اللوزتين تؤدى

الى حالة كهروجلديه من انعدام الاستجابه ، ويمكن اعتبار نقص النشاط الكهروجلدى دليلا على نقص التسجيل على حين تؤدى التقرحات في قرن امون الى حاله من فرط الاستجابة.

وقد اقترح فنابلز (Venables) ١٩٧٣ - ١٩٧٥م نموذجا ممثلا يمكن توضيح اساسه ، انه يعمل الجهاز اللوزى على جعل كل المثيرات شكليه على حين يعمل قرن امون في الدماغ على تحويل الشكل الى أرضيه وقد يحدث اضطراب في العملية الانتباهيه عن طريق تشويهه العلاقه بين الشكل والارضيه . وقد أشار جروزلير (Gruzelier) ، فنابلز (Venables) ١٩٧٢م . أنه في مرضى الفصام وكذلك في الاطفال في مرحلة ماقبل المرض والذين يظهر عليهم في مرحلة متقدمة اعراض انهيار انفصامى أن نسبة كبيرة من مرضى الفصام البالغين في المستشفى أظهروا نشاطا كهروجلديا مماثلا لما أبدته القرود ذات التقرحات في اللوزتين أو في قرن أمون في الدماغ .

وهكذا يمكن ايضاح أن نوع الاضطراب الفسيولوجي - والذى اقترح على أساس نظرى لتحديد الاضطراب الانتباهي عند مرضى الفصام ينتج عنه تشوهات مماثله تقريبا للاستجابه الكهروجلديه في الانسان والحيوان ، يصحب ذلك مستويات مرتفعه من اثارة الانتباه ويدلل عليها النشاط الكهروجلدى ومعدل سرعه القلب وضغط الدم الانقباضى وحرارة الاصابع - على حين يكون انعدام الاستجابة مصحوبا بمستويات منخفضة من نفس المتغيرات .

(Wing, J.K., 1980, 129)

وقام كل من ليفى ، وماكسويل (Levy , Maxwell) ١٩٦٨ بتطبيق دراستهم على (١٣) من الفصاميين الحاديين ، و(١٠)

من مرضى الاكتئاب الشديد ، و(١٠) ممن يعانون اضطرابات فـــــي الشخصية مثل ادمان الخمر ،فبينماوجد أن هناك فروقا جوهرية بين عينـــة الفصاميين والمجموعة الضابطه ، ووجدا أن مرضى الاكتئاب الشديـــد يسلكون مثل مرضى الفصام الحاد بما يوحي أن هذه الظاهره قد تكـــون متعلقه بالذهان بشكل عام وربما تكون ناتجه عن الاضطراب في الانتباه .

ووجد كل من ليفي وماكسويل أن الأداء السيء على اختبـــارات الذاكره ربما كان ناتجا عن اضطراب الانتباه .

(Payne, R.W., 1973, . 443)

ولقد وضع بروين (Broen) ١٩٦٦-١٩٦٨م نموذجـــا قويا للبحث في العمليات الانتباهيه في الفصام . وهذا النموذج يستخدم مفهوما مشتقا من نظريه التعلم ، وهو مفهوم " سقف رد الفعـــل المحتمل " ، وقد أشار بروين (Broen) وستورمز (Storms) ١٩٦١م الى أنه عندما يثار أكثر من اتجاه للاستجابه في موقف معيـــن فان احتمال ظهور الاستجابه السائده هو الفعل المتزايد للفروق في قـــوة الاستجابة السائده والاستجابات المنافسه لها . ومع ذلك فانه لو كانـــت هناك قيمه عظمي قد تصل اليها قوه الاستجابة (سقف رد الفعل المحتمل) فان كل الاستجابات سواء السائده والمنافسه لها تتزايد قوتها فـــــي حدود هذاالسقف وتتناقص الفروق بينها ومن ثم يتناقص احتمال ظهـــور الاستجابة السائده .

(Wing, J.K. 1980 , 130)

وقدم هلمسلي (Helmsley) ١٩٧٥م ، دراســـة كاملة لتصنيف النماذج المحدده بالاستجابة والنماذج المحدده بالمثيـــر في خلل الانتباه الفصامي ويعتمد تحليله في التمييز بين عوامل المثيـــر

والاستجابه التى تحدد الانتقاء الدقيق للمعلومات . والانتقاء ضروري لوجود قناه سعه محدوده للتعامل مع المعلومات . وترشيح المثيرات وظيفة تخضع للاحتمالات ، فالمرشح لا يعمل بطريقه واحده، بل بتحيز أحيانا حيث يتم تخفيف بعض المصادر ،على حين تتلقى مصادر اخرى اقصى وزن لها . وتخضع نتيجة عمليه الترشيح ايضا لمزيد من قواعد التحيز. وهذه القواعد مماثله لقواعد تحيز الاستجابة وانتقاء الاستجابة مطلوب - على سبيل المثال - لتسميه الحروف وليس الاعداد في عرض يشمل الاثنين ومن الواضح أن الترشيح المبكر لا يمكن ان يحدث لأن المعلومات يجب أن يتم تحليلها لتحديد ما اذا كان هناك حرف أو رقم قبل أن يحدث مزيد من الانتقاء وفي الوقت الحاضر - كما يقول هلمسلي (Helmsley) لا يمكن وضع خلاصة ثابته حول ما اذا كان نموذج انتقاء المثير أو نموذج انتقاء الاستجابة هو النموذج الصحيح وذلك لأنه من الممكن جزئيا ان يظهر عجز في كلا النظامين .

(Win?,J.K., 1980, 131)

وقام برنجلمان (Brengelman) عام ١٩٥٨م بدراسة الذاكره المباشره للمنبهات البصرية لدى العصابيين والفصاميين، تحت شرط العرض القصير (٢ ثانيه) والطويل (٣٠ ثانيه) لهذه المنبهات وعلاقة ذلك بعدد من متغيرات الشخصية مثل التصلب والانطواء ، والعصابيه وقد استخدم برنجلمان اختبارا للذاكرة عبارة عن (١٠) انماط من الرسوم الهندسية المجردة في كل نمط خمسة رسوم واستخدم مقياس العصابية لايزنك واستخدم فيما يتعلق بالتصلب مقياس بخنوتسكي (Nigniou Tzky) واختبار الاستجابات المتطرفه لسويف ، واستخدم برنجلمان "٤" عينات مرضيه .

١- عصابيون : وعددهم ٢٤ ، بمتوسط ٣٤٫٥ سنه .

٢- عصابيات : عددهم ٢٤ ، بمتوسط ٥ر٣٢سنه

٣- فصاميون : عددهم ١٢ ،بمتوسط ٥ر٢٧ سنه

٤- فصاميات : عددهم ١٢ ، بمتوسط ٤ر٣٤سنه

وقد صاغ الباحث ثلاثة فروض أساسيه هي :-

الاول : ان الفصاميين والعصابيين لا يختلف بعضهم عن بعض في الذاكرة المباشرة ، الا تحت شرط العرض لمدة طويله .

الثاني : ان الفصاميين اكثر تصلبا من العصابيين

الثالث : ان العصابيين المرتفعين على مقياس التصلب تكون ذاكرتهم المباشرة اضعف من الذاكره المباشره لدى العصابيين المنخفضين من حيث التصلب ، وذلك بالنسبة للعرض القصير .

وقد استخدم الباحث لاختبار الذاكره مجموعة مكونه من عشرة أنماط مختلفة وكل نمط يحتوى على خمسة أشكال (مربع ومستطيل ومثلث ودائره ونصف دائره) .

وتوصل الباحث الى أهم النتائج التى تتعلق باختبار صحة التنبوءين الثاني والثالث ، أى التنبوء القائل بأن الفصاميين اكثر تصلبا من العصابيين ، ثم التنبوء الذى ينص على أن العصابيين المرتفعين على مقاييس التصلب تكون ذاكرتهم المباشرة اضعف من الذاكرة المباشرة لدى العصابين الأقل تصلبا .

وقد صدق تنبوء برنجلمان ، فالفصاميون في جملتهم أشد تصلبا من العصابين ، وقد قسم المتطوعون العصابيون الى ثلاث مجموعات متساوية حجما بناء على مرتبه كل منهم على مقياس التصلب ، وبذلك

أصبح لدى الباحث ثلاث مجموعات (المنخفضون والمتوسطون والمرتفعون على التصلب .

كما اتضح أن المجموعات الثلاثة تختلف فيما بينها من حيث قدرتها على تذكر مواضيع الاشكال . هذا وقد انتهى برنجلمان في بحثه الى مجموعة من الحقائق أهمها :

أ - التصلب (مقدرا بالتطرف العام وتصلب نجنوتسكي معا) يرتبط ارتباطا عكسيا بجوده التذكر المباشر تحت شرط العرض الطويل .

ب - لا يوجد ارتباط جوهرى بين التصلب وبين جودة التذكر تحت شرط العرض القصير.

(مصطفي سويف ، ١٩٦٨ ، ٨٣-٨٨)

كما قام برنجلمان (Brengelman) في يناير ١٩٥٩م بدراسة اخرى حول شعور الشخص بالثقة في حكمة أو بالتأكيد من صحة هذا الحكم تحت شروط تجريبيه محددة هى : ان يكون الحكم متعلقا بصحة اداء الشخص على اختبار للتذكر واختبار للتعرف ، وان يكون الشخص من العصابيين أو الفصاميين ، وفي سبيل تحقيق هذا الهدف استخدم برنجلمان مجموعة البطاقات العشره التى يكون كل منها نمطا لخمسة اشكال هندسيه (المربع، المستطيل ، المثلث ، والدائرة ، ونصف الدائره) .

أما بخصوص اختبار التعرف فقد استخدم الباحث لوحة كبيرة رسم عليها ثلاثون نمطا من انماط تنظيم الاشكال ، بينها عشرة انماط هي نسخة طبق الأصل من عشرة الانماط التى تستخدم لاختبار التذكر وهذه متناثره بين العشرين الباقية .

وأما فيما يتعلق بمقاييس الشخصية فقد استخدم الباحث مقاييس الانطواء والعصابية لايزنك ، ومقياس التصلب لنجنوتسكي (NigniOutzky) وبالنسبة لافراد العينة فهم أنفسهم مجموعات المرضي التى اشتركت في التجربة السابقة وبيانهم كالاتي :

(٢٤) عصابيون .

(٢٤) عصابيات .

(١٢) فصاميون .

(١٢) فصاميات .

وتوصل برنجلمان الى أهم نتائجه بناء على جدوله وجود ارتباطات سلبيه بين التطرف السلبي ودرجة الثقة على اختبار التذكر . وكذلك بين التطرف السلبي وبين التطرف الايجابي في الثقة .

ثم يلفت النظر كذلك الى كون هذه الارتباطات السلبيه الأخيره تنقلب الى ارتباطات ايجابيه عندما ينتقل المتطوع من شرط التذكر الى شرط التعرف .

وعلى ضوء هذه الملاحظات الثلاثة متجمعه معا يثير سؤالا هاما مؤداه : ماذا في شرط التعرف من خصائص تحبذ ظهور الميل الى التطرف وتدخله بدرجة جوهريه .

(مصطفى سويف ، ١٩٦٨ ، ٨٢-٨٨)

ولقد راجع بين (Payne) عام ١٩٦٠م الدراسات التى استخدمت الاختبار الرقمي لمدى الذاكره والتى اجريت في تلك الفترة واستخلص ان مدى الذاكرة المباشرة تبدو قدره من القدرات التى لا تتأثر بكبر السن في الأفراد الأسوياء . وهناك دليل قوى على أن القلق

في الأفراد الأسوياء قد يعكس نقصا في مدى الادراك ، حيث أفاد أن بعض الدراسات قد اظهرت انه يحدث عند مستويات عاليه من القلق ويميل العصابيون لدى الاشخاص الاسوياء . ولربما كان ذلك لكونهم كمجموعة اكثر قلقا .

وفي الاختبار الرقمي لمدى الذاكره كانت النقاط التى سجلها مرضى الذهان أقل من تلك التى سجلها مرضى العصاب ، رغم أنه لا يوجد دليل على وجود فروق بين مجموعتى الفصاميين ومرضى الذهان الدورى .
(Payne, 1973, 442)

وفي دراسة اخرى قام بها بين (Payne) سنة ١٩٦٠ م لدراسة التجارب التى طبقت فيها طريقة لقياس مدى الذاكرة المباشره ، وتتكون من عرض بصرى لمجموعة من المثيرات على الفرد الذى يجرى عليه الاختبار (حروف - اشكال - كلمات - اعداد) لفترات قصيرة جدا باستخدام منظار مجسم سريع وبعد ذلك يتم سؤالهم عن الأشياء التى عرضت عليهم ، وتوصل بين (Payne) الى أن النتائج كانت مماثلة لتلك التى أظهرها الاختبار الرقمى لمدى الذاكره .

ومنذ ذلك الوقت تم تركيز الاهتمام على الفروق الفرديه في مدى الذاكره داخل مجموعة الفصاميين .

(Payne, 1973, 442)

كما قام كل من سويف ومتولى (Souief and Metwelly) عام ١٩٦١م ، بتقييم كفاءة خمسة اختبارات موضوعيه في التمييز بين المرضي النفسيين العضويين من ناحية والوظيفيين من ناحية اخرى من نزلاء مستشفى الأمراض النفسيه بالعباسيه ، وقام الباحثان بتطبيق

الدراسة على مجموعتين ، حيث كانت تتضمن الاولى عشرين مفحوصا مشخصين (صرع نفسي حركي أو ذهان الصرع) واستخدم رسام المخ الكهربي مع كل حاله وتراوح السن في هذه المجموعة بين (١٧-٤٥) عاما بوسيط (٢٣) سنه وبانحراف ربيعي (٣٥ر٣) وتراوحت مدة الاقامة بالمستشفي بين (شهر - ٢٩ شهرا) بوسيط شهرين ، والانحراف الربيعي ٤ر١ ، وجميع المفحوصين يمكنهم القراءة والكتابة والمجموعة ككل وصلت الى مستوى متوسط من التعليم .

أما المجموعة الثانيه فقد تكونت من عشرين مفحوصا فصاميا ، وتراوح المدى العمرى لهم بين (١٧-٣٧) عاما بوسيط (٢٤ر٣ والانحراف الربيعي ٥ر٥) وتراوحت فترة الاقامة بالمستشفي مابين شهر واحد وعشرة أشهر بوسيط شهرين ، وانحراف ربيعي ٩٥ر١) ، وجميع المفحوصين الفصاميين يلمون بالقراءة والكتابه) والمجموعة الفصاميه ككل أعلى في مستوى التعليم بشكل طفيف من مجموعة الصرع ، ويذكر الباحثان ان الفروق بين الوسيط في المجموعتين ليس لها دلالة احصائية .

وقد استخدم الباحثان في هذه الدراسة الادوات التى تقيس الادراك البصرى وسرعة الاداء النفسيه الحركية وهي :-

١- اختبار أرشميدس الحلزوني Archimedes Spiral
٢- اختبار شيرر للشكل Scheerer form-Test
٣- اختبار توصيل الدوائر Trail Making - Test
٤- اختبار بندر جشتالت Bender- Gestalt - Test
٥- اختبار المهاره اليدويه Manual Dex Terity-Test

واظهرت نتائج الدراسة أن الفصاميين قد حصلوا على درجات

أعلى من الصرعيين على جميع اختبارات البطاريه ، وكانت الفروق بين المجموعتين ذات دلالة احصائيقبين (٠٫٠٥ر ٠٫٠٠١ر) فيما عدا . اختبار بندر جشتالت (مرحلة النسخ) فلم تكن الفروق ذات دلالة .

لذا أفاد الباحثان بأنهم لم يتمكنوا من تحديد بداية المرض بسبب نقص البيانات عن التاريخ المرضى للحالات . كما أن الوظيفيين فيعينتهم قد عولجوا بالجلسات الكهربائية عدة مرات قبل الاختبار . وقد أظهرت دراسة كل من سويف ومتولى عند مقارنة الصرعيين بالفصاميين درجة أعلى من :

١- الاضطراب البصرى الحركى (على اختبار بندرجشتالت)
٢- الاضطراب الادراكي (على اختبار الحلزوني)
٣- نقص القدرة على التفكير المجرد (علىاختبار شيريرللشكل)
٤- بطء الاداء النفسي الحركي (علىاختبار المهارة اليدويه - اختبار توصيل الدوائر) .

ويخلص الباحثان الى أن البطاريه صادقه في كشف الباثولوجيه المخيه العضويه التى هي محك التشخيص السيكياترى .

(Soueif and Metwally, 1961,285 - 296)

أما دراسة لاوسون (Lawson) عام ١٩٦٧م فكانت تهدف الي التعرف على مدى الذاكره لدى مفحوصين غير آسوياء ، حيث تقرأ قوائم من عشر واثنتى عشرة كلمة للمفحوصين باطراد رتيب بفاصل ثانيه واحده من خلال شريط مسجل بأسلوب مشابه تماما لأسلوب اختبار مدى الارقام وفي نهاية العرض يطلب من المفحوصين ان يكتبوا اكبر قدر من الكلمات يستطيعون تذكره ، وهناك ثماني قوائم منكلا الطولين ، والقائمة

الأولى في كل مجموعة تحتوى على عدد من الكلمات المرتبطه عشوائيـــــا فيما بينهما ، والقائمة الثانيه عباره عن جملة كامله باللغة الانجليزيـــه ويتزايد احكام السياق من القائمة الاولى الى الثامنه في كل مجموعـــة ، بمعنى أن الصلة بين الكلمات تصبح اكثر احكاما واتساقا ، وبالتالى يصبح من السهل تذكرها ، والجملة الكاملة تصبح أسهلها على الاطلاق ، وكمـــا هو متوقع فان الاسوياء سيجدون ان القوائم متزايده السهوله في استرجاعهـا ويتحسن اداؤهم بشكل حاد مع تزايد احكام السياق ومع ذلك فان الفصاميين ممن كانوا ضعفاء بشكل دال في القائمه عن الاسوياء لم يتحسن بنفس اداؤهم المعدل ، ولهذا فقد أصبحوا اكثر سوءا بالنسبة للأسوياء بتطور المجموعات وبدأ كما لو أنهم لم يتعرفوا على مايسمعونه (في المحاولة الاخيره مثـــلا) وهي عبارة عن جمله كامله ، فيستمرون في الاستجابه على أنها عبارة عـــن سلسلة من الكلمات التى لا رباط بينها .

(Lawson, J,S, 1967, 527-535)

كما وقد عرض نيل (Neale) ومساعدوه عام ١٩٦٩م علـــى مجموعة الاختبار مجموعات من ثمان مصفوفات من الحروف جرى عرضها عليهـم بالمنظار السريع ، وكان على كل منهم أن يقول ما اذا كان حرف مـــن الحرفين المعنيين موجودا أم لا . وقد وجدوا أن الفصاميين الذين كانوا يتلقون علاجا بال" فينوثيازين" كانوا - كمجموعه - أضعف اداء مـــن الافراد الاسوياء في مجموعة المقارنه . وقد أوضحت النتائج أن الفصاميين لديهم مدى ذاكره تقدر بحوالى ٥٠٪ من مدى ذاكرة الأفراد السويين . ومع ذلك لم توجد فروق بين فصامي العمليه والفصاميين الاستجابيين Process and reactive Schizophrenics ومن العيوب على هـــذه الدراسة انه لم يتم تقدير الاثر الممكن للعقاقير المستخدمة لسوء الحظ .

(Payne, 1971, 442)

وفي عام ١٩٧٠م عرض سبون ومساعدوه على الخاضعين للاختبار من خلال منظار مجسم سريع - مجموعات من ستة مقاطع ليست بذات معنى، وطلبوا منهم ان يكتبوا ماقد رأوه ، وقد تم قبل التجربه وخلالها رصد بعض الاستجابات الفسيولوجيه . وقد أجرى الاختبار على اثنين وثلاثين من الفصاميين قسموا الى مجموعات فرعيه :-

- فصاميون من فئه شبيهى الهذائيين (الخيلائيين)
- فصاميون من فئه غير الهذائيين
- فصاميون استجابيون recative ، وفصامي العمليه ، (process) .
- فصاميون ذوى حالات حاده ومزمنه
- ومجموعه مقارنه من أفراد أسوياء

وكالمعتاد كان للفصاميين - كمجموعه - مدى ذاكره أضيق بكثير من مثيلاتها في الافراد الأسوياء . ومع ذلك فقد كانت الفروق بين المجموعات الفرعيه للفصاميين ضئيلة بل وغير ذات معنويه . والفرق المعنوى الوحيد هو أن مرضى الفصام الحاد من غير شبيهى الهذائيين كانوا أفضل أداء من الفصاميين الهذائيين (ولم تكن هناك أية فروق في حالات الفصام المزمن) . ولقد كانت هذه النتيجة غير متوقعه لانها لا تتسق مع النتائج التى تستخدم مقاييس تشتيت الانتباه،وعادة مايكون مرضى الفصام الحاد من شبيهي الهذائيين اكثر قدره على التركيز من نظرائهم من غير شبيهى الهذايين ويقترح الباحث انه من المتصور أن الفروق الحقيقيه في الذاكره كانت تقاس على الرغم من الفروق في القدرة على الانتباه والتى يمكن أن نتوقع أنها قد غطت عليها . ومع ذلك لا يمكن التوصل الى خلاصات ثابته مالم تعد التجربه من جديد .

(Payne, 1973 , 442)

وأجرى احمد خيرى عام ١٩٧٦م دراسة تجريبية في ادراك الزمن لدى الفصاميين ، تستهدف فهم مدى الاضطراب في ادراك الزمن لدى الفصامى وقد تمكن الباحث من تحديد مشكلة البحث في الفروض التالية :-

١- يختلف مقدار الخطأ الثابت في تقدير الزمن (Time - Estimation) لدى الفصامي عنه لدى السوى اختلافا ذا دلالة احصائية .

٢- يختلف مقدار الخطأ الثابت في تقدير الزمن لدى الفصامي باختلاف نوع الفصام بدرجة دالة احصائيا .

٣- يختلف مقدار الخطأ الثابت في تقدير الزمن باختلاف الجنس بدرجة دالة احصائيا .

٤- يختلف مقدار الخطأ الثابت في تقدير الزمن باختلاف المناهج المستخدمة بدرجة دالة احصائيا .

٥- يختلف مقدار الخطأ الثابت في تقدير الزمن مع وجود مشتت عنه بدون مشتت اختلافا بدرجة دالة احصائيا .

٦- يزيد الفصامي في تقدير الفترات الزمنيه المطروحة في التجربه عن السوى زيادة تختلف بدرجة دالة احصائيا .

٧- يختلف مقدار الخطأ الثابت في تقدير الزمن باختلاف طبيعة المثير بدرجة دالة احصائيا .

٨- يختلف مقدار الوعى الزماني لدى الفصامي عنه لدى السوى بدرجة دالة احصائيا .

٩- يختلف مقدار الخطأ الثابت في تقدير الزمن لدى الفصامي باختلاف الحالة النفسيه في موقف مشجع وموقف محبط اختلافا ذا دلالة احصائية .

وقد استخدم الباحث عشره اختبارات متعلقه بتقدير الزمن ، واختبارا تجريبيا في البداية لمحاولة تدريب المفحوصين . وكذلك اختبار متعلق بالوعى الزماني للمفحوص، وكانت العينة عبارة عن ثلاثة مجموعات متماثله متكافئه تتراوح اعمارهم مابين ٢٠ سنه الى ٤٠ سنه .

كما اوضحت النتائج أن الفرض الأول قد ثبت احصائيا بين مجموعة الأسوياء والفصاميين .

أما الفرض الخاص باختلاف تقدير الزمن باختلاف نوع الفصام فقد اوضحت النتائج أنه لا توجد فروق داله بين المجموعتين البرانويتين - الهيبيغرينيا - أما الفرض الثالث الخاص باختلاف تقدير الزمن باختلاف الجنس لم يتحقق والفرض الخاص بتأثير المشتت على تقدير الزمن - فقد أفاد الباحث بأنه اتساقا مع القاعدة العريضه في تأثير المشتتات على الادراك كان من المتوقع ان يتحقق هذا الغرض الا أن ما انتهت اليه النتائج لا يسير مع هذا الاتجاه اى ليست هناك فروق داله بين أداء كل، مجموعة بمشتت أو ادائها بدون مشتت . غير أن مما يلفت النظر الي ان أعلى قيمه (لكا٢) كانت في اختبار الصوت بطريقه التقدير اللفظي وذلك لمجموعة الأسوياء . وهذا يدل على أن الأسوياء اكثر تأثرا بالمشتت ، وربما يعزز هذه النتيجة أن المشتتات لا تؤثر في ادراك الزمن وتقديره عند ما يكون هناك اختلال في الادراك بصفة عامه واختلال في ادراك الزمن بصفة خاصة .

(احمد خيرى ، ١٩٧٦)

مناقشة الدراسات السابقـــة

تلقى الدراسات والابحاث السابقةالضوء على كثير من المعالـــــم التى تفيد في البحث الحالي فيما يتعلق بالتذكر لدى الفصاميين والأسوياء وعلاقته بالانتباه والادراك .

وتتناول الباحثه هذه الدراسات بالمناقشه في ضوء المعاييـــــر التاليه وهي :-

- عينة الدراسة .
- الأدوات المستخدمة .
- المعالجة الاحصائيه .
- النتائج التى توصلت اليها الدراسه .

ثم تخلص من ذلك الى مايمكن الافادة منه في الدراسة الحاليـــة .

أولا : عينة الدراسة :

باستعراض الدراسات والبحوث السابقة من حيث العينةالمستخدمة في تلك الدراسات نلاحظ مايلي :

هناك بعض من هذه الدراسات قد اجرى على عينات مـــــــن الفصاميين والأسوياء ذكورا وأناثا مثل دراسة برنجلمان (Brengelman) ودراسة بومان (Bauman) ،ودراسة مارى بارمر تايلـر Mary Parmer Tylor . وهناك دراسات اهتمت بالتعرف علــــــى الفروق بين الجماعات الفرعيه للفصاميين (Subgroups) علـــــى سبيل المثال دراسات بين (Payne) التى تناولت بالبحث فئـــــات

من الفصاميين الهذائيين وغير الهذائيين واهتمت دراسات أخرى بالتعرف على الفروق بين الفصاميين الحاديين والمزمنين والفصاميين الاستجابيين (reactive) وفصامي العمليه (Process) ومجموعات من الفصاميين الذين يعانون من هلاوس وهذاءات واخرى لا تعانى ، ودراسات اهتمت بالتعرف على الفروق بين مرضى الاكتئاب الشديد والمرضى المصابين باصابات في الدماغ ومجموعات اخرى مختلفة يعانون من اضطرابات الشخصية .

وهناك تفاوت في عدد أفراد العينات المستخدمة في الدراسات منها العينات قليله العدد مثل العينه المستخدمه في دراسة ليفي وماكسويل (Levy & Maxwell) حيث بلغت عدد أفراد دراستهم ١٠ من مرضى الاكتئاب الشديد ، ١٠ ممن يعانون من اضطرابات الشخصية ١٣ من الفصاميين ، ودراسة بين وكيرو (Payne & Kiro) حيث اجريت على (١٥) فصاميا ودراسة برنجلمان (Brengelman) حيث اجريت على (١٢) فصاميه ، (١٢) فصاميا . . أما دراسة الموبيرى (Elmow, P.L.,) استخدمت عينات كبيره حيث اجريت على (١٦٠) من الفصاميين ، (٨٠) من الاسوياء . أما دراسة جلاديس ( ) فقد اجريت على ٤٥ من المزمنيين الفصاميين . وهناك دراسات اخرى اجريت على عينة مكونة من (٣٢) فصاميا ، ٣٢ من الأسوياء مثل دراسة مارى بارمر تايلر (Mary Parmer Tyler) .

ويلاحظ من هذه الدراسات أن معظمها اجريت على الذكور . ويعتبر صغر حجم العينة في البحوث الاكلينيكيه احدى المشكلات المنهجيه التى تواجه الباحث في هذا المجال حيث يؤدى صغر حجم العينه في البحوث الاكلينيكيه الى الحد من امكانية تعميم النتائج التى يتوصل

اليهاالباحثون . وانباحثة اقتصرت في دراستها على النساء من الفصاميات والسويات حيث بلغ حجم العينه (٣٠) سويه ، (٣٠) من الفصاميـــــات المزمنات ، (٢٨) من الفصاميات الحاد (حديث) .

الأدوات المستخدمة :

يتضح من الدراسات السابقة أنها استخدمت مقاييس موضوعيـــــه تختلف من دراسة لاخرى حسب ظروف كل منها فبعض هذه الدراسات استخدمت في قياس القدرةالتذكريه .

أ ـ مدى التذكر Amemory Span

ب ـ طريقه الاستدعاء Recall بعد فترات زمنيه محدده

جـ ـ طريقه الارتباطات المزدوجه Paired Associated

د ـ طريقه التعرف

من حيث مواد التذكر :

استخدمت الدراسات السابقة كمادة للتذكر .

أ ـ تذكر أرقام .

ب ـ تذكر منطقي لمجموعة قصص .

جـ ـ تذكر كلمات ليس لها معنى .

د ـ تذكر كلمات مزدوجه .

هـ ـ تذكر اشكال ورموز .

من حيث مواد الانتباه والادراك :

استخدمتالدراسات السابقةمثيرات الشرود وذلك من خـــــلال

أ ـ تشتت بصـــرى

ب ـ تشتت سمعـــي

المعالجة الاحصائية :

اعتمدت المعالجة الاحصائية لأغلب الدراسات والبحوث السابقة على تعيين متوسطات لدرجات المجموعات المختلفة التي استخدمت في كل دراسة لحساب الفروق بين المجموعات واعتمدت بيان دلالة هذه الفروق على حساب قيمة (ت) كما استخدمت بحوث اخرى معاملات الارتباط ، وفي دراسة جيمس هيوارد شو (James Haward Shaw) استخدمت طريقة تحليل التباين .

وقد استخدمت كل طريقة حسب أهداف الدراسة وخصائص العينة المستخدمة وحسب أعداد المتغيرات الموجودة في كل دراسة .

النتائج التي توصلت اليها الدراسات :

من خلال نتائج الدراسات السابقة نتبين مايلي :-

١- أن بعض الدراسات أوضحت بصفة عامة أن الفصاميين يظهرون عجزا في التذكر وليس في التعرف .

٢- أن بعض الدراسات أيدت وجود فروق جوهرية بين الفصاميين والأسوياء حول الاحتفاظ لمدى طويل ، وبحوث اخرى أوضحت أن الفروق بينها تبدو في صعوبة الاستعادة من المخزون وليس في الاحتفاظ .

٣- ان الفصاميين من فئة فصامي العملية (Process) يعانون من عسر في وظيفة الادخار الأمر الذى يعرقل التسجيل المنظم ، أما الانواع الاخرى من الفصاميين فانهم يعانون من عجزا اقل شدة .

٤- أوضحت النتائج تناقضا اذ أظهرت الدراسات أن مرضى الفصام الحاد من غير البارانويين كانو أفضل أداء من الفصاميين البارانويين وهذه النتيجة لا تتسق مع النتائج

التى تستخدم مقاييس تشتت الانتباه اذ أنه عادة مايكون مرضى الفصام الحاد من البارانويين اكثر قدرة على تركيز الانتباه.

٥- الدراسات التى أجريت على النساء الفصاميات قليله بالمقارنة بالدراسات التى اجريت على الفصاميين الذكور مما يدعو للاهتمام بدراسة هذه الفئة.

والتساؤل الذى تطرحه الباحثة من خلال نتائج الدراسات السابقة.

- اذا كان الأداء سيئا لدى الفصاميين على اختبارات الذاكره فهل يرجع الى خلل فيالذاكره أم الى خلل في الانتباه والادراك ؟

يعزى بين (Payne) ضعف الانتباه الى أنشطه سابقة في العمليه الادراكية.

- يشير فنابلز (Venables) ١٩٦٤م أن المرضى الذين يعانون من فصام استجابي (reactive) أوالفصاميين من ذوى جنون العظمه يتميزون بعدم القدره على تقييد مدى انتباههم فيجتاحهم بذلك انطباعات حسية من كل اتجاه وتصبح للمفردات بكل أنواعها أهمية متساوية ويميل الاحساس بمعنوية البيئة المحيطه لديهم لأن يكون مفقودا.

(Wing ,J.K, 1980,128)

وعبر ليهمان (Lehmann) ١٩٦٦م عن وجهة نظر سماثله اذا أفاد بأن مرضى الفصام لديهم استعداد أولى وربما تكوينى للتعرض لتأثير عدد اكبر من المثيرات الحسيه بالنسبة للوحدة الزمنيه

من الخبره يفوق مثيله في الأفراد الآخرين سواء اكانوا مرضى أم غير مرضي .

(Wing, J.K. 1980, 128)

هناك دراسات تبين عدم قدره الفصاميين على ترشيح المثيرات في الوقت الذى قامت دراسات أخرى توضح أن الفصاميين بصفة عامة يعانون من نقص في القدرة على انتقاء المثيرات على أساس خواصها الوجدانيه .

أى اننا اذا افترضنا ان هناك اضطرابا في الانتباه فمن المتوقع أن تتأثر الذاكرة القصيرة المدى وأن يكون الاداء سيئا نظرا لأن المفحوصين لم يوجهوا انتباههم أصلا للمنبهات المطلوب استدعاوءها .

أما اذا كان الاضطراب في الادراك فيتوقع ان يكون التشويه اكبر ، نتيجة لعدم استقبال وتفسير المفحوصين للمنبهات بصوره سليمه .

الفصل الثالث

منهج البحث وإجراءاته

١- تقنين أدوات البحث

- الهدف من الدراسة الاستطلاعية

أ- مقياس وكسلر للتذكر .

ب- اختبار بندر جشتالت .

ج- اختبار ايجاد الـ « هـ »

د- قائمة المفردات لوكسلر بلفيو .

٢- عينة الدراسة الأساسية .

٣- إجراءات الدراسة الأساسية .

٤- المعالجة الاحصائية .

١- تقنين أدوات البحث :

ستعرض الباحثة في هذا الفصل الخطوات المنهجية التي اتبعتها الباحثة في تقنين أدوات البحث فيما يتعلق بمقياس وكسلر للتذكر ، واختبار بندر جشتالت ، واختبار المفردات ، واختبار الشطب ، مع عرض للتجارب المختلفة للثبات والصدق .

الهدف من الدراسة الاستطلاعية

استهدفت الباحثة من القيام بهذه الدراسة استكشاف وفحص المتغيرات المختلفة التى تحيط بموقف التطبيق كذلك التعرف على خصائص الاختبارات ، لترى الباحثة مدى صلاحيه هذه الأدوات واجراء التعديلات اللازمه لها تمهيدا لتطبيقها في الدراسة الأساسية ، هذا بالاضافة الى محاولة الحصول على قدر من الملاحظات الاكلينيكيه اثناء التطبيق على المريضات والملاحظات الخاصة بالسويات بهدف مساهمة هذه الملاحظات في تدعيم تفسير النتائج النهائية للبحث .

أى أن اهداف التجربة الاستطلاعيه :

١- التعرف على مدى صلاحية الاختبارات من حيث الصياغة (سواء بالنسبة للتعليمات بالنسبة لوحدات الاختبار) .

٢- اعادة ترتيب الاختبارات وذلك من خلال التعرف على الاختبارات التى تجذب انتباه المريضات والمثيره لهن وتلك التى تسبب مللا واحباطا حتى تحصل الباحثة على تعاونهن .

٣- حساب الزمن الذى يستغرقه كل اختبار والزمن الكلى الذى تستغرقه جميع الاختبارات ، وذلك لتحديد الزمن الكلي

الذى تستغرقه جلسة التطبيق . حيث تواجه الباحثة عادة صعوبه خاصة بتعاون المريضات - استمرار وجود هن بالمستشفيات (خاصة بالنسبه لمريضات الفصام الحديث) بالاضافة الى تطور المرضى أو تحسنهم في بعض الحالات .

وفي ضوء أهداف البحث فان ما نتطلع اليه هو التعرف على علاقة التذكر القصير المدى ببعض القدرات المعرفية الاخرى كالانتباه والادراك بمعنى آخر هل من الممكن أن يضطرب التذكر القصير المدى دون حدوث اضطرابات في العمليات المعرفية الأخرى مثل الانتباه والادراك .

وقد قامت الباحثة بالبحث والاطلاع على بعض المقاييس الصالحة للدراسة لاختيار اكثرها ملاءمة لبحثها .

فوجدت مقياس وكسلر للتذكر من أصلح المقاييس لقياس التذكر قصير المدى ، وقد أظهر الاختبار نتائج ايجابية في العديد من الدراسات يجعل من المناسب استخدامه في هذه الدراسة .

أ- <u>مقياس وكسلر للتذكر :</u>

مؤلفا هذا الاختبار هما وكسلر ، وكالفن استون .

(Wechsler, D., and Stone, C. 1973)

ويشمل المقياس سبعة اختبارات فرعيه ، وهو نتاج عشر سنوات من العمل المتصل الموجه نحو وضع اختبار عملى وسريع وبسيط .

مادة الاختبار :

الاختبار السابع: (الترابطات) المعلومات العامة والشخصية ويتكون من ٦ أسئله بسيطه عن المعلومات العامة والشخصية .

والاختبار الثاني : الوعى الزمانى والمكاني : ويتكون الاختبار من خمسة اسئله بسيطه مثل : حنا في أى سنه ، وحنا في أى شهر .

الاختبار الثالث : الضبط العقلى ، ويتكون من ثلاث وحدات فرعيه وهي :

١- العد التنازلى من ٢٠ - ١

٢- اعادة حروف الهجاء .

٣- العد في ثلاثيات مع حساب الزمن والدقه .

الاختبار الرابع : تذكر الفقرات : يتكون من قطعتين للتذكر تشبهان تلك التي توجد في اختبار بينيه لقياس التذكر لسن العاشره ، كما يتم تقديرها على نحو مماثل ، وتحسب درجة المفحوص بمتوسط عدد الأفكار التى يعيد تذكرها فى كلا القطعتين . والهدف من الاختبار هو قياس الاستدعاء المباشر للمواد المنطقية .

الاختبار الخامس : حده تذكر الأرقام : يقيس هذا الاختبار التذكر المألوف لعدد الأرقام والعد بالعكس وسلاسل الأرقام المستخدمة في الاختبار تشبه التى استخدمت فيمقياس بلفيو للذكاء .

الاختبار السادس : الاسترجاع البصرى : وفيه يطلب من المفحوص أن يرسم من الذاكره اشكالا هندسيه بسيطه بعد عرضها

عليه لمدة ١٠ ثوان .

الاختبار السابع : يتألف هذا الاختبار من عشرة أزواج من الوحدات بعضها سهل الترابط وبعضها الآخر صعب الترابط ويطلب من المفحوص أن يتذكر في ثلاث محاولات . وتقدير الدرجة في هذا الاختبار على أساس المفردات الصحيحه في المرات الثلاثه مع اعطاء تقدير مضاعف للازواج الصعبة الترابط .

وقد أدخل وكسلر في هذا المقياس مصطلح نسبة التذكر بمعنى مشابه لنسبه الذكاء . وقد استخدم المقياس في شكله الحالي منذ (١٩٤٥) في مستشفي بلفيو بمعايير موءقته وضعت نتيجة دراسة حوالى مائتين من المفحوصين الأسوياء الذين تقع اعمارهم بين ٢٥ : ٥٠ من الرجال والنساء ولم تتضمن العينة الحالات المرضيه التى وجدت في المستشفي .

وقد استطاع وكسلر باستخدام نتائج حوالى ١٠٠ فرد في مقياس وكسلر بلفيو للذكاء ، أن يتوصل الى تحديد مقادير تضاف الى مجموع الدرجة الخام (تزداد بازدياد العمر) لتعطى الدرجة الموزونه أو المصححه للذاكره وهي التى تستخدم لاستخراج مايقابلها من نسبة الذاكره من الجداول المعده لهذاالغرض بهدف تحقيق تكافوء بين متوسط نسبةالذاكرة ومتوسط الذكاء لكل مجموعة عمريه .

ويقدر اهتمام وكسلر بتوضيح العمليات التجريبيهالطويلة لاستخراج نسبة التذكر بمفهوم يتشابه مع نسبة الذكاء الا أنه لم تتوفر أدلة على ثبات المقياس واختباراته الفرعيه .

والمقياس بوجه عام يمد الاكلينيكى بالمعلومات اللازمة

لتقييم حالة المريض من حيث الذاكره البعيده ، ومقارنتها بالذاكره الفوريه ، (والاولى قد تكون اقوى من الثانيه في بعض الحالات المرضية وفي حالات المسنين) .

ونسبة التذكر التى نحصل عليها يمكن مقارنتها مباشرة بنسب ذكاء المفحوص وهذه الاخيره ذات أهمية بالغه ، ذلك أنها تسمح ببعض المقارنه بين التلف الذى يصيب ذاكرة المفحوص بما يفقده من وظائفه الذهنيه الاخرى . ويعد هذا المقياس مفيدا في الكشف عن عيوب التذكر الخاصة في الافراد ممن لديهم اصابات عضويه معينه بالمخ .

ورغم أن المقياس الاصلى اجريت عليه العديد من الدراسات وثبتت صلاحيته ، الا أن الباحثة رأت أن تعدل بعض بنود المقياس حتى تفهم في البيئة السعودية ، حيث ان النسخه التى تحصلت عليها الباحثة معربه في مصر وقد اجريت التعديلات على بنود المقياس الخاص بالمعلومات العامه والشخصية ، والتى اجريت عليها التعديلات .
ملك المملكة العربية السعودية .
الملك السابق له .
كما أجرت الباحثة تعديل في بنود المقياس الخاص بالمعلومات العامة بالنسبة لعينة السويات فبدلا من السؤال الخاص بمن هو مدير المستشفى الى من الذى بنى الكعبه ـ وبدلا من اسم المستشفى الى عاصمة المملكة العربية السعودية
وفي المقياس الخاص بالاتجاه .
ـ حنا فين .
بنود المقياس الخاص بالتذكر المنطقي :
اعادت الباحثة صياغة القصة بنفس الوحدات ، كى تحتفظ بالتقدير كما هو ، والتعديل شمل فقط المحتوى اللفظي للقطعتين ، ثم قامت الباحثة بعد ذلك باجراء تجربه محدوده على عينة مماثلة قدر الامكان لعينة الدراسة الأصلية من حيث السن والتعليم والمهن فيما

عدا الاصابه بالمرض . وقد اطمأنت الباحثة الى أن العبارات التى عدلت مفهومة .

تجربة ثبات المقياس : Reliability

الطريقة الاحصائيه لقياس الثبات :

ينبغى أن نشير الى أن جميع الطرق لحساب ثبات نتائج الاختبارات السيكولوجيه انما تعتمد أساسا على فكرة معاملات الارتباط (فوءاد السيد ، ١٩٧٩، ٥١٨)

يمكن أن نلخص أهم الوسائل الاحصائية لقياس ثبات الاختبار في الطرق التاليه :

١- طريقة اعادة الاختبار Test Retest

٢- طريقة التجزئه الى نصفين Split - half

٣- طريقة تحليل التباين Analysis of Variance

٤- طريقه الاختبارات المتكافئه Parallel Tests

وقد اختارت الباحثة الطريقة الاولى لحساب ثبات المقياس وفيما يلي وصف موجز لهذه الطريقه .

١- طريقة اعادة الاختبار:

تقوم فكرة هذه الطريقة على اجراء الاختبار على مجموعة من الأفراد ، ثم اعادة اجراء نفس الاختبار على نفس المجموعة بعد مضي فترة زمنيه وهكذا يحصل كل فرد على درجة في الاجراء الأول للاختبار، وعلى درجة اخرى في الاجراء الثاني ،للاختبار وعندما نرصد هذه

الدرجات ونحسب معامل ارتباط درجات المرة الأولىبدرجات المـــــرة الثانيه ، فاننا نحصل بذلك على معامل ثبات الاختبار .

(فؤاد السيد ، ١٩٧٩، ٥١٩)

ولأن معظم اختبارات التذكر موقوته ومحدده بزمن معين ،لذا رأت الباحثة أن تقوم باجراء ثبات الاختبار عن طريق الاعاده حيث رأت انها انسب أسلوب يصلح لحساب الاختبارات التى تعتمد على السرعه .

وقد اجريت تجربةالثبات على عينةمماثلة في شروطها لعينة الدراسة الأصليه فيما عدا الاصابه بالمرض .

طبقت على عينة السويات من (٣٠) طالبة وموظفة سوية بجامعةأم القرى ومن المعارف تتراوح أعمارهن مابين ٢٠ الى ٤٠ سنة .

جدول رقم (١) يبين توزيع فئـــات السن لعينة الثبـــات

فئات السن	٢٠ الى أقل من ٢٥	٢٥ الى أقل من ٣٠	٣٠ الى أقل من ٣٥	٣٥ الى اقل من ٤٠	٤٠ الى اقل من ٤٥	مج
ن	١٠	٧	٤	٦	٣	٣٠

جدول رقم (٢)

يوضح توزيع المستوى المهنى لعينة الثبات

العدد	المهنه	النسبة المئويه %
١٤	طالبه	٤٦ر٦٦
١٠	موظفه	٣٣ر٣٣
٦	لا تعمل	٢٠ر
٣٠		٩٩ر٩٩

جدول رقم (٣)

يبين توزيع المستوى التعليمى لعينة الثبات

الفئه		النسبه المئويه %
تقرأ وتكتب	٥	١٦ر٦٦
شهادة ابتدائيه	٦	٢٠ر٠٠
كفاءة	١٢	٤٠ر٠٠
ثانوية عامه	٧	٢٣ر٣٣
	٣٠	٩٩ر٩٩

وقد قامت الباحثة بتطبيق المقياس مرتين على عينة الثبات كل منهما على حده ثم أعيد التطبيق مرة ثانيه . وكان الفاصل الزمنى بين التطبيقين اسبوعين حتى لا يكون الفاصل الزمنى الكبير له تأثير على القدرة التذكريه ولقد حرصت الباحثة منعا لحفظ بعض أفراد العينة لعدد من مفردات المقياس الا تخبر المفحوصات بأنها سوف تجرى عليهن تطبيق المقياس مرة أخرى . وقد حسب معامل الارتباط بين التطبيق الاول وبين التطبيق الثاني بمعادلة معامل الارتباط من القيم الخام (Raw Valuas)
وقد بلغ معامل الارتباط (معامل الثبات) ٧٨٣ر وهى نسبة عاليه وداله يمكن الاعتماد عليها .

صدق المقياس :

يذهب ماير - جروس (Mayer-Gross) الى أن علاج الاضطرابات الوجدانيه بالصدمات الكهربائيه يؤدى الى حدوث بعض التلف في وظيفة التذكر ، ، حتى ولو خفض عدد الصدمات الى صدمة واحده في الأسبوع .

(Mayer-Gross, 1968 , 232 , 233)

يرى وكسلر انه من خلال الخبره مع المرضى الذهانيين ان اختبار وكسلر للتذكر يتمتع بالحساسيه بدرجة مميزه للتلف الذهنى الموءقت المصاحب لعلاج الصدمه الكهربائيه .

(Wechsler , 1973 , 22)

لذلك رأت الباحثة وللتحقق من صدق المقياس أن تقوم بتجربة الصدق في اطار الارتباط مع المحك اى من خلال استخدام المجموعات

المتناقضه (صدق تمييزى) حيث قامت الباحثه باختيار مجموعتين تتكون المجموعه الاولى من (٣٠) فصاميه من النساء من نزلاء (مستشفي الصحة النفسيه بالطائف) حيث تم اختيار هذه الحالات بناء على تشخيص الطبيب المختص بالعياده الخارجيه . وتتراوح اعمارهن مابين ٢٠-٤٠ سنه ، اناث ومن مستويات تعليم مابين تقرأ وتكتب حتى ثانوية عامه .

وتتكون المجموعة الضابطه السويه من ٣٠ من النساء وهى تكافىء المجموعة المرضيه من حيث السن والجنس والمستوى التعليمي .

والباحثة مدركه انه ينبغى أن تتعامل مع عينة الفصام الحديث منفرده عن عينة الفصام المزمن غير انه لصعوبة الحصول على (٣٠) من فصاميات حديث ، و (٣٠) من فصاميات مزمنات لذا تم تجميع عينتى فصاميات حديثة ومزمنه ومقارنتهن بعينة السويات .

جدول رقم (٤)

يبين الفروق بين المتوسطات لدى المجموعتين السويه والمرضيه على مقياس التذكر لوكسلـــــــر

المجموعات	مجموعة الفصاميات ن = ٣٠		مجموعة السويات ن = ٣٠		اختبار ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
الدرجة الكليه لمقيــــاس وكسلــــــر للتذكـــــر	٣٥ر٢٦٧	١٠ر٥٢٢	٥٨ر٦١٧	٥ر٨٦٤	١٠ر٨١٨	دال احصائيا

يتضح من هذا الجدول ان المقياس صادق في التمييز بيــــــــن المجموعتين وأن الفرق دال احصائيـــــا .

ب - اختبار بندر جشتالت

Bender Visual Motor Gestalt Test

نظرا لأن الباحثه تحتاج الى اكثر من اختبار لقياس التذكر القصير المدى في علاقته بالانتباه والادراك لدى الفصاميات والسويات ، فقد استعانت الباحثة بعد اطلاعها على العديد من المقاييس باختبار بندر جشتالت ويعد هذا الاختبار (من الاختبارات الادراكيه لتقييم التلف أو التدهور في الوظائف العقليه) ، ويستند هذا الاختبار في أساسه النظرى كما يدل اسمه الى مفاهيم الجشتالت . وهذا الاختبار من الاختبارات الاكلينيكيه التى تعتمد أساسا على نقل أشكال بسيطه ويتخذ مما يطرأ على عملية نقل الاشكال من تحريف وسيله للكشف عما يكون لدى الفرد من اضطرابات نفسيه أو اصابات عضويه في المخ .

(سيد غنيم ، هدى براده ، ١٩٦٤، ٣٢٤)

واستخدم هذا الاختبار في هذه الدراسة لقياس كل من الادراك والذاكره قصيرة المدى ، ويتكون من تسع بطاقات بكل منها شكل من الاشكال الهندسية البسيطة يتم عرضها على العينةالمفحوصة فرادى ثم يطلب منها أن تنقل كل شكل من البطاقة التى أمامها وتعطى للمفحوصة درجة لنقل الأشكال واخرى لرسمها من الذاكره وفي هذا الاختبار يطلب من المفحوصه أن تنقل الأشكال التى تقدمها لها الفاحصة على التوالي وتعطى درجة لأداء المفحوصات على الدقة وليست السرعة .

أما في مرحلة الاستدعاء من الذاكره فيطلب من المفحوصة أن ترسم من الذاكره هذه الرسوم التى تتعلمها ، وتعطى الدرجة على الدقة وليس على السرعة ، والدراسات الاوليه التى قامت بها بندر

واستخدمت فيها اختبارها الجشتالتي كانت على حالات فصاميه ، وقد ساهمت الدراسات التى قامت بهابندر في فهم أفضل لعمليات الفصام . ولقد أوضحت بندر أن الفصامي في نقله للاشكال البصريه الحركية يكشف عن كثير من عدم الانتظام في الاتجاه . فالسمتين المميزتين لاستجابات الفصاميين على ضوء ملاحظات بندر التى توصلت اليها هى العود الى المبادىء الأوليه البسيطه ثم فصل أو تجزىء الاشكال البصرية الحركية بشكل يتعارض مع المبادىء الكامنه في الشكل . فرسوم الفصام يسهل تمييزها بالغرابه في الصيغ التى يقدمها والتصنيف الجزئي الزائد للاشكال وعدم الاتساق أو التماسك بين كل الأشكال .

(سيد غنيم، هدى براده، ١٩٦٤، ٣٤٨-٣٤٩)

ومن الابحاث التى أجريت على اختبار بندر جشتالت للمقارنة بين الفصاميين ومجموعات أخرى على الاستدعاء Recall أى باستخدام الاختبار كمقياس للقدرة التذكريه حيث قام استيورت (Stewert) ١٩٥٧م حيث قارن فيها بين (٢١) حاله ذهانيه ، ١٨ مرضى عاديين وكان جميع أفراد العينة من النساء واشتمل منهج البحث على مستويات ثلاث .

أ - استدعاء يتم بعد خمس دقائق .

ب - مستوى تقديم الأشكال The Standard Presentation

جـ - الاستدعاء الكلى .

وقدم الباحث نظاما مسلسلا شمل فيه بطاقات الاختبار التسعه ، وقارن بين المجموعات من حيث الاستدعاء ، وقد حصلت المجموعة الذهانيه على متوسط قدره ٥٧ر٥ والمجموعة السوية على متوسط

قدره ٧٣ر٧ ومن أهم اوجه النقد التى وجهت الى تلك الدراسة عدم اهتمام الباحث بالوصف الدقيق لأفراد عينة البحث ، كذلك عدم مراعاة الفروق العقليه بين مجموعات البحث واخيرا في استخدام اختبارات .

وفي بحث قام به سويف ومتولى (Soueif&Metwally, 1961, 285) اهتما فيه بتقنين عدة اختبارات تساعد على دراسة الفروق مرض الاصابات العضوية وغيرهم ممن يشكون امراضا وظيفية .

وتكونت العينه من ٤٠ مريضا من الذكور ينقسمون الى عينتين فرعيتين .

أ - مجموعة المرضى ذوى الاصابات العضويه وعددهم (٢٠) وكانوا امامرضي صرع او مرضى صرع ذهاني وتتراوح اعمارهم بين (١٧-٤٥) سنه بوسيط قدره ٢٣ سنه وجميعهم مرضى داخليون وتراوحت مدة اقامتهم في المستشفى مابين شهر، ٢٩ شهراً .

ب - مرضى الامراض الوظيفيه وكانوا يتكونون من (٢٠) فصاميا وتتراوح أعمارهم مابين (١٧-٣٧) سنه بوسيط قدره (٢٤ر٣٠) وجميعهم مرضى عيادة داخليه وتتراوح مدة اقامتهم من شهر الى عشرة أشهر ماعدا واحداً امضى ٣٦ شهرا وجميعهم كانوا يستطيعون القراءة والكتابه .

وقد قام الباحث الرئيسى بنفسه بتطبيق كل الأدوات في الفترة من ٢٠/٣/١٩٥٩م الى ٢٩/١/١٩٦٠م في نفس الغرفة وبنفس الظروف ولم يكن يعلم انتماء المريض الى مرض عضوى أو وظيفى اثناء التطبيق وهذا في حد ذاته ساعد على التخلص من التحيز في التطبيق

وقد أسفرت نتائج الدراسة على أن الفصاميين كان أداؤهم أفضل من مرضى الصرع .

وقد ناقش الباحثان النتائج في ضوء الدراسات السابقة التي سارت في نفس الاتجاه واخيرا وضعا جدولا لتحديد الدرجة الفارقة في الأداء على هذه الاختبارات لدى كل من الحالات العضويه والحالات الوظيفيه .

وقد طبق الباحثان في تصحيح الاختبار طريقة لوفنج وهي تعتمد أساسا على مقياس للتقدير من خمس نقاط ، ويعطى درجة لنقل الأشكال ، وأخرى لرسمها من الذاكره . وقد وجد أن اختبار النقل لم يميز بين المجموعتين تمييزا دالا. على حين ميز اختبار الرسم من الذاكرة بين المجموعتين عند مستوى ٠٢ر٠

وقد قامت الباحثة باستخدام هذا الاختبار لقياس كل من الادراك ، والتذكر القصير المدى . وذلك للمقارنة بين مجموعات البحث على مستويين .

المستوى الأول :

متوسط درجات أفراد كل مجموعة على نقل الاختبار نقلا مباشرا وتستخدم درجة النقل لقياس الادراك .

المستوى الثاني :

متوسط درجات افراد كل مجموعة على الاستدعاء الكلى لجميع الاشكال المستخدمة في البحث . ويبلغ عدد البطاقات المستخدمة

ست بطاقات بكل منها شكل من الاشكال . وقد تم التقدير الصحيح على أساس طريقة لوفنج (Lofving) وهى تعتمد على مقياس للتقدير الموضوعى من خمس نقاط ، وتعطى درجة لنقل الاشكال (Coppy) واخرى لرسمها من الذاكره (recall). *

(Soueif & Metwally , 1961)

وطريقة لوفنج يستخدمها الاخصائيون النفسيون منذ العديد من السنوات في المستشفيات والعيادات النفسيه التابعة لوزارة الصحة المصرية بالقاهرة . ولقد شاع استخدام طريقة لوفنج في تقدير اختبار بندرجشتالت في عدد من الدراسات التى أجريت على مجموعات سيكياتريه عضويه على سبيل المثال في القاهرة .

1- Soueif & Metwally, 1961.
2- Soueif et - al 1964
3- Shapiro et al., 1956 , 1957.

---

* وقد حصلت الباحثة على نماذج التصحيح طبقا لطريقة لوفنج من قسم الخدمة النفسيه بمستشفى دار الاستشفاء للصحة النفسية .

أولا : ثبات الاختبار :

قامت الباحثة باجراء دراسة للتحقق من ثبات الاختبار وذلك عن طريق الاعادة على عينة من الأسوياء ، وهى نفس العينة التى اجريت عليها تجارب الثبات لاختبار وكسلر للتذكر ، وذلك بهدف تقدير التباين الحقيقى في الدرجة على المقياس عبر تذبذب الاداء خلال المرحلة الزمنية بين الأداء واعادة الاداء وبلغ معامل الثبات بين التطبيق في مرحلة النقل (٩٤٧ر) وفي مرحلة الاستدعاء (٨٨٦ر) وهذه معاملات ثبات مرتفعه ويمكن الاطمئنان اليها .

ثانيا : صدق الاختبار:

بالرجوع الى الدراسات السابقة والتى استخدمت الاختبار، يتضح لنا أن معظم هذه الدراسات اكدت صدق الاختبار في التمييز بين المجموعات المرضيه والمجموعات السويه .

ومن هذه الدراسات التى أكدت وجود فروق دالة بين المجموعات المرضية والمجموعات السويه في مرحلة النقل ومرحلة الاستدعاء دراسة قام بها .
(Shapiro, Post, lofving, Inglis, 1956)
ان اختبار بندر - جشتالت بين اختبارات عديدة استخدمت لفحص الوظيفة العقلية في المسنين (العضويه - غير العضويه) وقد بلغ عدد المفحوصين (١٠٢) مفحوص ، وكان جميع المفحوصين فوق سن الستين وبلغ متوسط العمر ٦٨٫٦ سنه ، وقد استخدم الباحثون نسخة خاصة من الاختبار تتكون من سته رسوم للبندر - جشتالت التى كانت الى حد ما مبسطه مكبره لمساعدة المرضى الذين يعانون من عيوب بصريه ،

وقد طلب من كل مريض ان ينقل الرسوم ، وبعد مرور فترة دقيقة واحده بعد الانتهاء من عملية النقل يطلب من المفحوص ان يرسم من الذاكرة الرسوم التي سبق أن نقلها وقد تم تقسيم المرضى الى فئات من الوظيفيين (Functions) والمشكوك فيهم (Doutfuls) والعضويين (Organics) ولم يكن هناك فروق دالة في السن بين المجموعات وقد كشف تحليل التباين عن وجود فروق دالة بين المجموعات في مرحلة النقل ومرحلة الاستدعاء . وفي دراسة تتبعية قام بها انجلز ، وشابيرو - وبوست وجد الباحثون ان اختبار بندر جشتالت في (مرحلة النقل) افضل اختبارات التذكر في قدرته التمييزية بين اختبارات التذكر التي ميزت بين الاضطرابات الوظيفيه والعضوية لدى المرضى من كبار السن .

(Inglis, Shapiro and post , 1956)

وقد اهتم بولاند وديبلر (Bowland, Deablar, 1956) بتقدير العلامات الوظيفية بين مجموعات التشخيص التي تكونت من ٢٠ فصاميا ، ٢٠ عصابيا ، ٢٠ مريضا عضويا ومجموعة ضابطه تتكون من ٢٠ عاملا وطالبا بالمستشفى ، وجميع أفراد العينه متساوية في الذكاء ، وقد أكد كل من بولاند وديبلر في تلك الدراسة ، ان اختبار بندر جشتالت لديه القدرة على التمييز بين المرضى العضوين وبين الانواع الاخرى من المرضى ولكنهم اكدا ضرورة تأكيد تلك النتيجة بمزيد من الدراسات .

(Talor & Schulberg, 1963, 24)

يتضح من هذه الدراسات قدرة اختبار بندر جشتالت على التمييز بين الفئات المرضيه المختلفة وبين هذه الفئات المرضيه والفئات السوية .

وقد قامت الباحثة باجراء دراسة الصدق من خلال استخدام المجموعات المتناقضة . وقد أجريت التجربة على نفس المجموعة التي أجريت عليها تجربة صدق وكسلر للتذكر .

جدول رقم (٥)

الفروق بين المتوسطات لدى المجموعة السوية والمرضيه على مقياس بندر جشتالت

(النقل والاستدعاء)

مقياس بند رجشتالت	السويات ن = ٣٠		الفصاميات ن = ٣٠		ت	مستوى الدلالة
النقل	٢٠	١ر٨٧٥	١٦ر٨٦٦	٣ر٧٢٠	٤ر٠٤٩٧	دال عند مستوى ١ ٠ ر
الاستدعاء	١٧ر٥٢	٣ر١٨	٨ر٧١	٢ر٦٨	١١ر٤١	دال عند مستوى ١ ٠ ر

يتضح من الجدول السابق أن مقياس بندر جشتالت صادق اذ استطاع أن يميز بين الفصاميات والسويات .

ج- اختبار ايجاد الـ " هـ " *

وهو من مجموعة من الاختبارات المعرفيه ، وقد استخدمته الباحثة ليقيس الانتباه، وهو اختبار موقوت يتكون من جزئين، كل جزء يشمل أربع صفحات في كل صفحه خمسة أعمده، وكل عمود يشمل (٤١) كلمة من الكلمات العربية ، وبين الواحدة والأربعين كلمه ، خمس كلمات فقط بها حرف الـ " هـ " وهو الحرف الذى اختارته الباحثة ليكون مقابل الـ "H" في الأصل الانجليزى ، وقد اختارته الباحثة عند تعريبها الاختبار بتمييزه عند الكتابه سواء في بداية أو منتصف أو نهاية الكلمة وتشابه مع حرف الـ " H "

ويقدم كل جزء من جزئي الاختبار على حدة ، حيث يقدم الجزء الأول ويتكون من أربع صفحات ويطلب فيه شطب الكلمات التى بها حرف الـ " هـ " في عمود بعد الآخر خلال دقيقتين، ثم يقدم الجزء الثاني بنفس الأسلوب والدرجة التى تحصل عليها المفحوصه تمثل عدد الكلمات التى استطاعت شطبها في الجزئين معا خلال أربع دقائق .

أولا : ثبات الاختبار :

قامت الباحثة بحساب ثبات الاختبار بطريقة الاعادة في فترة تتراوح مابين اسبوعين ، و (٢١) يوما وهى فترة تعد الى حد ما معقوله ، وقد اجريت تجربه الثبات على نفس العينة ، وهى عينة ممثلة الى حد ما لعينة الدراسة الاصليه فيما عدا (الاصابة بالمرض) .

وقد حسب الثبات عن طريق الاعادة وكان معامل الثبات ٨١٦ر .

---

* Finding H.S Test, Ekstrom et al , 1976

كما قامت الباحثة باجراء دراسة الصدق من خلال استخدام المجموعات المتناقضه . وقد اجريت التجربة على نفس المجموعة التى اجريت عليها تجربة صدق وكسلر للتذكر ، وبندر جشتالت .

جدول رقم (٦)

يبين الفروق بين المتوسطات لدى
المجموعتين السويه والمرضية على
اختبار ايجاد (هـ)

السويات ن = ٣٠		الفصاميات ن = ٣٠		ت	مستوى الدلالة
م	ع	م	ع		
٥٨ر٦٢	١٢ر٨٦	٣١ر١٩	٩ر١٧	٩ر٣٦	دال عند مستوى ٠١ر

بالنظرالى الجدول يتضح أن الفرق بين المتوسطات لدى المجموعة السويه والمرضيه دال إحصائيا اى ان الاختبار استطاع ان يميز بينهما .

٢- قائمة المفردات لوكسلر - بلفيو - لذكاء الراشدين

يتكون الاختبار من اثنتين وأربعين كلمة " تعريب لويس كامل مليكه، محمد عماد الدين اسماعيل" ١٩٦٨م يطلب من المفحوص في هذا الاختبار أن يعرف الكلمات ، وذلك بأن يعطى معناها وتقدر الدرجات حسب قواعد عامة . فيأخذ التعريف المقبول والمألوف درجة واحده ويأخذ التعريف الناقص أو الغامض نصف درجة ، ولا يأخذ التعريف الخطأ أى درجه ، وقد اختير هذا الاختبار لسببين .

أ - ان موءلف الاختبار يرى أن الاختبار لا يتأثر كثيرا بالتدهور العقلى الذى ينشأ عن الاصابة بالفصام .

ب - ان هناك ارتباطا دالا احصائيا بين هذا الاختبار والدرجة الكلية المستخرجه من بطاريه وكسلر - بلفيو .

ولهذا فقد رأت الباحثة أن تختار قائمة المفردات لكى تقارن بها بين المجموعتين السويه والمرضيه ، ولم نستعمل المقياس كلمة ، لأن الفصاميات يبدين تدهورا في بعض اختباراته .

وقد قامت الباحثة باجراء تجربة ثبات للمقياس على نفس أفراد العينة التى سبق أن اجريت عليهم اختبارات التذكر والشطب وبندر جشتالت ، وقد بلغ معامل الثبات عن طريق الاعادة (٩١٣ر)

أما عن صدق المقياس فلم تجر الباحثة تجربة الصدق :

فالاختبار سبق استخدامه على نطاق واسع في العديد من الدراسات الاجنبيه والعربية ، وثبتت صلاحيته كما أنه سبق استخدامه في دراسة مصريه لنفس الغرض وهو مقارنة أداء مجموعة مرضية بمجموعة

سويه على أساس موضوعى (أى باستخدامه لضبط متغير الذكاء بين أفـراد العينة السويه والمرضيه). حيث اتضح من دراسة احمد فائق أن متوسط الدرجات الموزونه للعينة المرضيه (٩٣ر١٠) وانحراف معيارى (٣٦ر٢)، وكان متوسط الدرجات الموزونه للعينة الضابطة (٣٠ر١١) بانحراف معيارى (٥٥ر٢) ولم يكن هذا الفرق ذا دلالة عند مستوى (٠٥ر) أو (٠١ر).
(أحمد فائق، ١٩٦١، ٩٠)

العينـة :

حيث ان الدراسة تستهدف أساسا التعرف على التذكر قصير المدى لدى الفصاميات والسويات في علاقته بالانتباه والادراك ، فالدراسة تعتمد أساسا على عينة من الفصاميات ومقارنتهن بعينة من السويات .

لذا فقد واجهت الباحثة مجموعة من الصعوبات ، التي عادة تواجه العاملين في المجال الاكلينيكي مثل :

١- انخفاض مستوى التعليم :

واجهت الباحثة هذه المشكلة ، وذلك حينما وقع اختيارها على مستشفى الامراض النفسيه والعصبية بالطائف لكثرة عدد مرتادى هذا المستشفى من المريضات بالاضطرابات العقلية ، ولاستعداد العاملين بالمستشفى أن يمدوا يد العون للباحثة . هنا تركزت المشكلة وهى تدنى نسبة كبيرة منهن في المستوى التعليمي ، خاصة وأن طبيعة الاختبارات المستخدمة تتطلب مستوى تعليميا معينا ، وقد اشترطت الباحثة كحد أدني مجموعات يقرأن ، ويكتبن ، لذلك فقد قابلت الباحثة مايقرب من (١٢٠) حالة بعد التأكد التام من التشخيص ، لم تأخذ منهن سوى (٤٠) حاله ، هذا وقد استكملت الباحثة حالاتها الباقية (١٨) حالة من مستشفى الملك عبدالعزيز (مستشفى الزاهر) بمكة المكرمة .

٢- تعاون أفراد العينة :

يحتاج الباحث في المجال الاكلينيكى الى مساعدة أفراد عينته حتى يستطيع أن يستكمل الدراسة والتطبيق ، الا أن هذا التعاون من

الصعب تحقيقه في هذا المجال ، وذلك بسبب ظروف المرضى أنفسهم ، حيث ينتابهم الضجر وسرعة الملل معايكون عائقاً أمام الباحث عن الاستمرار مع المريض نفسه وتأجيل الموعد أو الاستغناء عن الحالة كلية لرفض الحالة من أن تكمل الاختبارات ، ومعايترتب عليه فقدان الباحثة لعدد من الحالات .

وقد تكونت عينة الدراسة أساسا من :-

١-	مجموعة فصام حاد (حديث)	(نساء)	٢٨
٢-	مجموعة فصام مزمن	(نساء)	٣٠
٣-	مجموعة سويه	(نساء)	٣٠

هذا وقد سبق أن حدد الفصام بأنه مرض ذهاني يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية غير أنه في الفصام الحاد تكون اعراضه حادده وفجائيه . وقد استبدلت الباحثة مصطلح حاد بمصطلح حديث أى المريض الذى تظهر اعراضه بشكل ملموس معايؤدى الى تردده على طبيب نفسي أو دخوله مستشفى .

أما الفصام المزمن فالمريض يمر بعدة مراحل يتقدم فيها حتى يزمن .

وقد قامت الباحثة بتصميم استمارة لقيد الحالات التى ستجرى عليها الاختبارات وقد روعى فيها مايلى :-

١- أن تشمل الاستمارة بيانات كافية عن الحالة حتى تتمكن من وصف العينة وصفا دقيقا من حيث العوامل التى قد تتدخل في نتائج قياسها . أما من حيث البيانات التى تضمنتها الاستمارة فقد شملت بيانات عن :

١- السن
٢- الجنس
٣- الجنسيه (أن تكون سعوديه)
٤- المستوى التعليمى
٥- محل السكن
٦- التشخيص السيكاترى .

كما أهتمت الباحثة بالتعرف على وقت دخولها المستشفى وهل هى أول مرة ، ومدة مكوثها ونوع العلاج حيث استبعدت من العينة الحالات التى تعالج بالجلسات الكهربائية .

وقد راعت الباحثة في اختيارها للعينة المرضية أن تختار الحالات التى يتضح فيها الاضطراب عند دخولها المستشفى ، أى قد تم اختيارها الحالات على أساس من وضوح الاضطراب بالاضافة الى عدد من المحكات الأخرى وهي :

١ - اتفاق تشخيص طبيب العيادة الخارجية وطبيب القسم الموجود به الطبيب.

٢- الملاحظة من جانب الباحثة بناء على معايير التشخيص لحالات الاضطرابات المصاحبة للفصام .

وفيما يلي معايير التشخيص للحالات المصاحبه للاضطرابات الفصاميه :

أ - واحده مما يلي على الأقل خلال مرحله ما من المرض .

١- أوهام مخيفه (مضمونها غير منطقي وليس لها أساس في الواقع) مثل الاحساس بأن تصرفات الشخص تحت تحكم أو تأثير الآخرين - الاحساس بأن شخصا ما يتحكم في افكاره .

٢- الأوهام الجسديه، العظمه المتكلفه ، والأوهام الدينيه

٣- أوهام مقرونه بمضمون اضطهادى أو غيره اذا كانت مصحوبه بهلوسه من أى نوع .

٤- هلوسه سمعيةً ، يشعر المريض فيها بوجود صوت واحد أو اكثر يعلق على تصرفاته وافكاره ،أو صوتين أو اكثر يتحدثون معا حول ذلك .

٥- عدم الترابط ، التفكك الواضح في ارتباط المعاني ، التفكير غير المنطقى الواضح ، أو الضعف الواضح في مضمون أو معنى الكلام اذا كان مرتبطا بواحدة من الاتي على الأقل :

أ - الشعور أو العاطفه غير اللائقة
ب - الأوهام أو التهيوءات
جـ - السلوك المضطرب .

ب - التأخر عن مستوى سابق للعمل في احدى مجالات العمل ، العلاقات الاجتماعية والرعاية الذاتيه .

جـ - من حيث المدة أو الفترة : اعراض مستمرة لنفس المرض لمدة لا تقل عن ستة أشهر خلال احدى مراحل حياة الفرد ، مع بعض أعراض في الوقت الراهن . وفترة ستة الأشهر يجب أن تشتمل على مرحلة نشطه ظهرت خلالها أعراض من الواردة في القسم (أ) ، مع أو بدون مرحلة تبين أعراض المرض الأولى أو ماتبقى منها .

(Saunders, 1981, 200 - 202)

أعراض أوليـــه :-

١- الانسحاب من المجتمع .
٢- التصرف الشاذ بشكل واضح (مثل جمع القمامه) التحدث مع نفسه أمام الناس ، أو تخزين الطعام) .
٣- الخلل الواضح في المظهر الخارجي .
٤- الشعور أو العاطفه غير اللائقة .
٥- الكلام الغامض ، المطرد ، المجازى ، غير المفهوم .
٦- طريقة التفكير والمستنكره ، أو التفكير السحرى مثل التشاوءم والاستبصار ، الحاسه السادسه ، الآخرين يشعرون بشعورى ، الافكار المبالغ في تقيمها ، الأفكار المرجعيه .

٧- الخبرات أو الممارسات غير العاديه المتوقعه مسبقا لحدوث الأشياء، مثل الأوهام المتكرره ، أو الشعور بوجود قوه ما أو شخص لا وجود له في الواقع .

(Saunders, 1981, 200 - 202)

وهناك عددا آخر من المحكات فيما يختص باختيار عينة مريضات الفصام المزمن .

١ - أن تكون مدة ترددها على المستشفى أكثر من مره .
٢ - الا تقل مدة البقاء بالمستشفى عن ستة اشهر متصله أو منفصله .

وهناك عددا من المحكات فيما يختص باختيار عينة مريضات الفصام الحديث .

١- أن يكون دخولها المستشفى لأول مره .
٢- الا تزيد مدة بقائها بالمستشفى على ستة أشهر .

بالنسبة لاختيار العينه السويه في هذه الدراسة ، فقد واجهت الباحثة صعوبات وهى عادة ماتواجه كل دراسة في المجال الاكلينيكى ، حيث يتضح لهم أزمه قضية السواء . ذلك أن مفهوم السواء والمرض مفهومان من التميع بحيث لا يزالان مثار نقاش حاد في مدارس علم النفس المختلفة .

ولما كان من الضرورى اختيار عينة من السويات كعينة ضابطه ، قامت الباحثه بتحديد مواصفات لمفهوم السواء ، حيث تم اختيار السويات طبقا للشروط التاليه :

١- الا يكون قد سبق لهن الدخول في احدى المصحات النفسيه

أو ماشابهها .

٢- الا يكون قد سبق لهن استشاره طبيب نفسي .

٣- الا تكون قد سبق أن تعاطت أدويه نفسيه أو أى علاج نفسي .

هذا وقد تم اختيار العينه المرضيه سابقا على اختبار العينه السويه نظرا لضيق مجال اختيارها عن المجال الذى تختار منه عينة السويات أى اختيرت العينةالسويه في ضوء العينه المرضيه ، أى في ضوء المعايير التى سبق ذكرها مسبقا ، وقد تكونت من ٣٠ من السويات وقد تم اختيار العينه عمديا وفقا لعدد من المتغيرات ، السن ، الجنس ،التعليم ، الذكاء (مفردات وكسلر بلفيو) .

١- السن : راعت الباحثة أن تكون كل حالة سوية متكافئه مع كل حالهمرضيه وقد تراوحتاعمارهن مابين ٢٠-٤٠سنه .

٢- الجنس : وقد تم اختيار العينه من الاناث

٣- التعليم : وقد تم اختيار العينة (السويه، المرضيه) بحد أدنى تقرأن وتكتبن .

٤- الذكاء : راعت الباحثة في اختيار العينه عدم وجود فروق دالة بين المجموعتين في الذكاء اللفظي(وذلكمن خلال مقياس المفردات لوكسلر بلفيو) حيث أوضحت الدراسات الاكلينيكيةأن الذكاء اللفظي لا يتدهور بسبب الاصابه العضوية بالمخ .

جدول رقم (٧)

يوضح مصادر الحصول على العينة المرضيه

اسم المستشفى	فصام مزمن		فصام حاد	
	حالات مقبوله	حالات مرفوضه	حالات مقبوله	حالات مرفوضه
مستشفى الامراض النفسيه والعصبيه بالطائف .	٢٣	٤٤	٢٤	٣٨
مستشفى الملك عبد العزيز (مستشفى الزاهر)	٧	٢٦	٤	١٨
المجموع	٣٠	٧٠	٢٨	٥٦

جدول رقم (٨)

يبين مصادر الحصول على العينة السوية

النوعيه	حالات مقبوله	حالات مرفوضه
١- موظفات واداريات من كلية التربية جامعة أم القرى	١٣	١٨
٢- موظفات واداريات بمدارس مكة المكرمة .	٩	١٤
٣- من المعارف	٨	١١
المجموع	٣٠	٤٣

خصائص عينة الدراسة :

اشارت الباحثة في الأجزاء السابقة الى الكيفية المنهجية التى تم بها اختيار عينة البحث والذى بمقتضاه تم اختيار (٣٠) فصاميه مزمنه ، و(٢٨) فصاميه (حديثه) ، و(٣٠) سويه .

أولا عينة الفصاميات :

جدول رقم (٩)

توزيع عينة الفصاميات (المزمنات والحديثات) والسويات على متغير السن

فئات السن	فصام مزمن		فصام حديث		سويات	
	التكرار	النسبة ٪	التكرار	النسبة ٪	التكرار	النسبة ٪
من ٢٠ الى أقل من ٢٥	٨	٢٦٫٦٠	١١	٣٩٫٤	١٠	٣٣٫٤٠
من ٢٥ الى أقل من ٣٠	١١	٣٦٫٦٠	٩	٣٢٫١	١١	٣٦٫٧٠
من ٣٠ الى اقل من ٣٥	٧	٢٣٫٣٠	٦	٢١٫٦	٦	١٩٫٩٠
من ٣٥ الى اقل من ٤٠	٤	١٣٫٢٠	٢	٧٫٢	٣	٩٫٩٠
المجموع	٣٠	٩٩٫٧٠	٢٨	١٠٠	٣٠	٩٩٫٩

يتضح من الجدول أن مايقرب من ثلثى افراد عينة الفصاميات (المزمنات) يتركزن في الفئة العمرية من ٢٠ الى اقل من ٣٠ وتقل النسبة الى الفئات التى تليها اى من ٣٥ فمافوق اى تصل الى ٢٣٫٣٠ ٪ ، وقد بلغ متوسط السن لفئة فصاميات (مزمن) ٢٧٫٥٣ وانحراف معيارى ٥٫٥٨ .

فصاميات (مزمن) ٢٧٫٥٣ وانحراف معيارى ٥٫٥٨ .

وان أعلى نسبة من المريضات فصام (حديث) تتركز في الفئة العمريه من ٢٠ الى أقل من ٢٥ وتقل النسبة كلما نقص السن الى الفئة

التى تليها ، حيث بلغت ١ر٣٢ في الفئة العمريه من ٢٥ الى أقل من ٣٥ ٦ر٢١ ٪ في الفئة العمريه من ٣٠ الى أقل من ٣٥ ونقصت بشكل ملحوظ في الفئة العمريه من ٣٥ الى اقل من ٤٠ . وقد بلغ متوسط السن لفئة الفصاميات (الحديثات) ٥٧ر٢٦ وانحراف معياري ٠٥ر٨ .

كما يتضح ايضا من الجدول أن أعلى نسبة من السويات تتركز في الفئة العمرية من ٢٥ الى اقل من ٣٠ وتقل هذه النسبة قليلا في الفئة العمريه التى تسبقها اذ بلغت ٣٢ر٣٣٪ في الفئة من ٢٠ الى اقل من ٢٥ . ونقصت بشكل واضح في الفئة من ٣٥ الى أقل من ٤٠ حيث وصلت النسبة المئوية ٩٠ر٩ ٪ ، وبلغ متوسط السن لفئة السويات ١٧ر٢٧ وانحراف معياري ٤٠ر٥ .

جدول (١٠)
توزيع عينة الفصاميات (المزمنات والحديثات)
والسويات على متغير التعليم

فئات التعليم	الفصاميات المزمنات التكرار	الفصاميات المزمنات النسبة ٪	الفصامنيات الحديثات التكرار	الفصامنيات الحديثات النسبة ٪	السويات التكرار	السويات النسبة ٪
١ - تقرأ وتكتب	١١	٦٧ر٣	١١	٢٩ر٣٩	١٠	٣٣ر٣٣
٢- اتمام الشهادة الابتدائية .	٩	ر٣٠	٨	٥٧ر٢٨	١٠	٣٣ر٣٣
٣- الكفاءة	٦	ر٢٠	٦	٤٣ر٢١	٧	٣٣ر٢٣
٤- توجيهى ومايعادلها	٤	ر١٣	٣	٧١ر١٠	٣	٠٠ر١٠
المجموع	٣٠	٧ر٩٩	٢٨		٣٠	٩٩ر٩٩

يتضمن متغير التعليم أربع فئات هي فئة تقرأوتكتب واتمام الشهادة الابتدائية كفاءة ، وتوجيهى أومايعادلها ، وبالنظر الى النسب المئوية

الخاصة لمتغير التعليم يتضح لنا أن ٦٦ر٧٠ من الفصاميات (المزمنات) يقع تعليمهن في فئتين تقرأ وتكتب واتمام الشهادة الابتدائية على حين أن ٣٣٪ فقط فئة كفاءه وتوجيهي .

وأن أعلى نسبة للفصاميات الحديثات تقع في فئة تقرأ وتكتب (٣٩ر٢٩٪) وتقل هذه النسبة كلما ارتفع المستوى التعليمى ، اذ بلغت (٢٨ر٥٧٪) فى فئة اتمام الشهادة الابتدائية ، وانخفضت الى ٢١ر٤٣ في فئة كفاءه وانخفضت الى النصف في فئة توجيهى وما يعادلها .

كما يتضح ايضا من الجدول السابق ان ثلثي العينه من السويات يقع تعليمهن فى الفئتين تقرأ وتكتب واتمام الشهادة الابتدائية وتقل النسبة كلما اتجهنا الى فئة توجيهى اوما يعادلها .

ومع أن متغير المستوى الاجتماعي الثقافي من المتغيرات التى لها أهميتها لعدة عوامل وهى أن سلوك الفرد وقيمة واتجاهاته وعاداته تتأثر تأثرا جوهريا بالاطار المرجعى للطبعة الاجتماعية التى يعيش فيها ، وأن سلوك الفرد يمكن تفسيره في ضوء التعرف على انتماءه الطبقى وخصائص الطبقة الاجتماعية التى ينتمى اليها . الا أن الباحثة لم تضبطه في الدراسة بسبب أن العينة المنتقاه من مستشفى الامراض النفسيه والعصبية بالطائف تأتى الى المستشفى من اماكن متفرقه من أنحاء المملكة . كما أنه وجد من خلال دراسة قام بها جنس( ) ١٩٧٤م في محاولة للتعرف على العلاقة بين الذكاء والذاكرة والمستوى الاجتماعي الاقتصادى على عينة تصل الى ٢٦١٢ من الاطفال البيض والسود في المراحل الدراسية من الرابعة الى الخامسة أن الذاكرة لا ترتبط بالمستوى الاجتماعي الاقتصادى على حين الذكاء يرتبط به كما اتضح أيضا أن الذكاء يعتمد وظيفيا على الذاكرة على حين العكس ليس صحيحا .

(Jensen, A.R. 1974, 99-119)

جدول رقم (١١)

الفرق بين المتوسطات لدى الفصاميات (الحديثات) والسويات على متغير الذكاء (مفردات وكسلر بلفو) ومتغير السن

المتغيرات	الفصاميات الحديثات ن = ٢٨		السويات ن = ٣٠		ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
الذكاء	٧ر٧٥	١ر٦٧	٨ر٠٣	١ر٠٦	٤٤ر	غيردال احصائيا
السن	٢٦ر٥٧	٥ر٠٨	٢٧ر١٧	٥ر٤٧	٦٧٠ر	" " "

بالنظر الى الجدول يتضح لنا أن الفرق غير دال احصائيا بين المجموعتين (الفصاميات الحديثات والسويات على متغير الذكاء والسن .

جدول رقم (١٢)

الفرق بين المتوسطات لدى الفصاميات (المزمنات) والسويات على متغير الذكاء (مفردات وكسلر بلفيو) وعلى متغير السن

المتغيرات	الفصاميات المزمنات ن = ٣٠		السويات ن = ٣٠		ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
الذكاء	٧ر٩٧	١ر٧١	٨ر٠٣	١ر٠٧	١٨ر	غيردال احصائيا
السن	٢٧ر٥٣	٥ر٥٨	٢٧ر١٧	٥ر٤٧	٠ر٧٩٨	" " "

من الجدول السابق نتبين ان الفروق غير جوهريه بين مجموعة المزمنات والسويات على متغير المفردات لوكسلر بلفيو . وكذلك بمقارنة مجموعة الفصاميات المزمنات والسويات على متغير السن ، حيث يتضح ان الفرق غير دال احصائيا

جدول رقم (١٣)

الفروق بين المتوسطات لدى الفصاميات (الحديثات ، المزمنات) على متغير الذكاء* (مفردات وكسلر بلفيو) ومتغير السن

المتغيرات	الفصاميات الحديثات ن = ٢٨		الفصاميات المزمنات ن = ٣٠		ت	مستوى الدلالة
	م	ع	م	ع		
الذكاء	٧ر٧٥	١ر٦٧	٧ر٩٧	١ر٧١	٠ر٦٢٨	غير دال احصائيا
السن	٢٧ر٥٣	٥ر٥٨	٢٦ر٥٧	٥ر٠٨	٠ر٤٩٦	غير دال احصائيا

يتبين من الجدول أن الفروق بين مجموعة الفصاميات الحديثات والفصاميات المزمنات على متغير المفردات غير دال احصائيا .

وكذلك بمقارنة مجموعة الفصاميات المزمنات والفصاميات الحديثات على متغير السن يتضح لنا أن الفرق غير دال احصائيا بين المجموعتين .

اجراءات الدراسة الأساسيـــــة

وتشمل تطبيق الأدوات ، تصحيح هذه الأدوات ، التحليـــــل الاحصائي للنتائج التى تم الحصول عليها، مناقشة النتائج وتفسيرهـــا ثم الخروج بالتوصيات المناسبة .

١- تطبيق الأدوات :

قامت الباحثة بتطبيق أدوات البحث على العينة التى وقع الاختبار عليها وهي عينة الفصاميات (حديث، مزمن) وعينة السويات . وذلـــك بعد تهيئة الجو النفسى لدى أفراد العينة لتتقبل مايسند اليهم مـــن أداء على الاختبارات . وقد راعت الباحثة أن يتم تطبيق الاختبارات علـــى على جلستين . . والجلسة الأولى يتم فيها تطبيق اختبار بندر جشتالـــت واختبار الشطب ، وفي الجلسة الثانية اختبار وكسلر للتذكر، وقـــد حرصت الباحثة على اتباع نفس الاجراءات والترتيب بالنسبة لعينة السويـــات كما التزمت الباحثة بالتعليمات التى تصاحب كل أداء من أجل مراعـــاة الدقة والموضوعيه في أداء الاختبارات .

٢- تصحيح الأدوات :

تمتصحيح جميع اجابات افراد العينة للأدوات المجملة (أدوات البحث) وذلك طبقا لمفاتيحها ، وقد طبقت الباحثة في تصحيح اختبار بندر جشتالت طريقة لوفنج (Lofving) وهى تعتمد أساسا علـــى مقياس للتقدير من خمس نقاط ، ويعطى درجة لنقل الاشكال ، واخـــرى لرسمها من الذاكره ، وبالنسبة لقائمة المفردات لوكسلر - بلفيو - فقـــد كانت تقدر الدرجات حسب قواعد عامة محددة بكراسة التصحيح الـــتى

اعداها معربا الاختبار .

(لويس كامل مليكه ، محمد عماد الدين اسماعيل ، ١٩٦٨)

فيأخذ التعريف المقبول والمألوف درجة واحدة ، ويأخذ التعريف الناقص أو الغامض نصف درجة ولا يأخذ التعريف الخطأ أى درجة

وبالنسبة لاختبار ايجاد (هـ) والدرجة التى تحصل عليها المفحوصات تمثل عدد الكلمات التى استطاعت شطبها خلال أربع دقائق .
وفيما يختص باختبار التذكر لوكسلر فالتصحيح تم من خلال كراسة التصحيح المعدة لذلك .

٣- تحليل النتائج احصائيا حسب أهداف البحث.

٤- مناقشة النتائج وتفسيرها .

٥- الخروج بالتوصيات المناسبة على ضوء مايسفر عنه البحث من نتائج .

أسلوب المعالجه الاحصائيه :-

استخدمت الباحثه الاساليب الاحصائيه الآتيه :-

١- تحليل التباين :

استخدمت الباحثه في تحليل نتائج هذه الدراسه - طريقة تحليل التباين ذي التصنيف في اتجاه واحد على جميع الاختبارات، لأنها أنسب طريقه احصائيه لمعرفة مدى الفروق بين المجموعات، كما أن من خصائص تحليل التباين هو قياس الفروق بين اداء الافراد والجماعات الى اكثر من عنصر.
ويحدد هذا الاسلوب الاحصائي مدى دلالة هذه الفروق وهل هي راجعه الى اخطاء الصدفه.

(ديو بولوب فان دالين ، ١٩٦٤، ٣٤٥، مترجم)

٢- اختبار (ت)

في حالة دلالة النسب الفائيه ، استخدم اختبار (ت) لبيان مدى دلالة الفروق بين المجموعات الثلاثه كل اثنين منهما على حده، وذلك للتوصل الى تحليل اكثر عمقا لاتجاهات الفروق .
ويصلح اختبار (ت) لان يتخذ مقياسا للدلاله بين المجموعات سواء كان ذلك في العينات الصغيره أم الكبيره ، وكذلك يتغلب الى حد كبير على المشكلات التي تثيرها العينات الصغيره .

(السيد محمد خيرى ، ١٩٦٣، ٣٦٣) .

٣- معامل الارتباط :-

استخدم معامل الارتباط للدرجات الخام بالطريقة العامه وهي معادلة بيرسون . (فؤاد البهى السيد ، ١٩٧٩، ٣٣٢).

وقد تم تحليل جميع البيانات باستخدام الحاسب الالي بجامعة ام القرى .

كما قد حددت الباحثه مستوى الدلاله عند مستوى ٠.٥ر كحد أدنى لقبول وجود فرق حقيقي بين متوسطات المجموعات .

الفصل الرابع

عرض وتفسير النتائج

نتائج الدراسة

أسلوب عرض النتائج :

أولا : أ - عرض النتائج الاحصائية الخاصة بمعاملات الارتباط بين درجات اختبار الشطب (الانتباه) ومتغيرات اختبار وكسلر للتذكر للسويات والفصاميات المزمنات والفصاميات (حديث) .

ب - عرض النتائج الاحصائية الخاصة بمعاملات الارتباط بين درجات اختبار بندر جشتالت " نقل ، استدعاء " (ادراك) ومتغيرات اختبار وكسلر للتذكر للسويات والفصاميات المزمنات والفصاميات (حديث) .

ثانيا : عرض النتائج الاحصائية لاختبار وكسلر للتذكر واختباراته الفرعية من حيث :

- درجة النسبة الفائيه لمجموعات الدراسة .
- ثم دلالة اختبار (ت) بين المجموعات لاختبار وكسلر للتذكر.

أ - السويات والفصاميات المزمنات .

ب - " " (حديث) .

جـ - فصاميات (حديث) وفصاميات (مزمن) .

ثالثا : عرض النتائج الاحصائية لاختبار بندر جشتالت والنسبة الفائيه لمجموعةالبحث . ثم دلالة اختبار (ت) بين المجموعات

أ - السويات وفصاميات مزمنات

ب - " " (حديث)

جـ - فصاميات (حديث) وفصاميات (مزمنات)

رابعا : عرض النتائج الاحصائية لاختبار الشطب (هـ) والنسبة الفائيه لمجموعات البحث ثم دلالة اختبار " ت " بين المجموعات .

أ ـ السويات والفصاميات المزمنات .

ب ـ السويات وفصاميات (حديث) .

جـ ـ فصاميات (حديث) وفصاميات (مزمن) .

خامسا : بعد عرض جميع النتائج الاحصائية سوف تقوم الباحثة بمحاولةتفسير ماتوصلت اليه الدراسة من نتائج .

.. ..

جدول رقم (١٤) مستوى الدلالة لمعاملات الارتباط
بين اختبار بندر جشتالت (نقل ، استدعاء) واختبار الشطب ومتغيرات
اختبار وكسلر للتذكر (للسويات ، فصاميات مزمنات ، فصاميات حديث)

المتغيرات	اختبار بندر جشتالت (نقل) سويات	(نقل) فصاميات مزمنات	(نقل) فصاميات حديث	استدعاء سويات	استدعاء فصاميات مزمنات	استدعاء فصاميات حديث	اختبار الشطب سويات	اختبار الشطب فصاميات مزمنات	اختبار الشطب فصاميات حديث
ر	٢٥٩ر	-٠٣٢ر	٣٣٧ر	٢٦٨ر	٠٤٨ر	-٠٤٣ر	١٧٢ر	١٠٠ر	-١٨٠ر
معلومات	غير دال	غير دال	دال عند مستوى ٠٥ر	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال
د	٠١٤ر	٢١٨ر	٣٠٨ر	٠١٢ر	٣٣٧ر	٠٤٣ر	٤٠٤ر	-٠٩٦ر	٣٣٢ر
اتجاه	غير دال	غير دال	دال عند مستوى ٠٥ر	غير دال	دال عند مستوى ٠٥ر	غير دال	دال عند مستوى ٠٥ر	غير دال	دال عند مستوى ٠٥ر
	٢٨٦	١٨٢ر	-٠٣١ر	٢١٥ر	٢٧٠ر	٠٨١ر	١١٧ر	-٠٩٦ر	٢١٦ر
ضبط عقلي	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال
	-١٥٣ر	٢٦٨ر	٢٥٩ر	٠٨٦ر	٣١٨ر	١٤٣ر	٠٦٨ر	-٢٤٨ر	٠٧١ر
تذكر منطقي	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	دال عند مستوى ٠٥ر	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال
	١٢٦ر	٢٧١ر	-١٢٦ر	-١٠٥ر	١٥٤ر	-١٠٧ر	-٢١٦ر	٠٦١ر	-٢٤٢ر
	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال
	٠٢١ر	٠٠٦ر	٠٩٦ر	٠٧٥ر	١٨٠ر	٣٦٤ر	-٠٥٦ر	٠٧٩ر	٢١٨ر
اعادة انتاج بصري	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	غير دال	دال عند مستوى ٠٥ر	غير دال	غير دال	غير دال
	١٠٦ر	-١٠٩ر	٤٥٠ر	٢٤٣ر	-٠٣٢ر	٤٩٠ر	٤٩٧ر	-٠٥٦ر	١٥١ر
ترابطات	غبر دال	غير دال	دال عند مستوى ٠٥ر	غير دال	غير دال	دال عند مستوى ٠١ر	دال عند مستوى ٠٥ر	غير دال	غير دال
	٢١٢ر	٢٠١ر	٣٩٢ر	٢٧٥ر	٣٣١ر	٣٦٩ر	٣٣٤ر	-١٢٣ر	١٦٨ر
درجة كلية	غير دال	غير دال	دال عند مستوى ٠٥ر	غير دال	دال عند مستوى ٠٥ر	دال عند مستوى ٠٥ر	دال عند مستوى ٠٥ر	غير دال	غير دال

اسلوب مناقشة النتائج

سوف تتناول الباحثة فيما يلي النتائج الخاصة بتحقيق كل تساؤل من تساؤلات الدراسة .

وتقع النتائج التى تم التوصل اليها في هذه الدراسة في الاقسام التالية :

- يتعلق القسم الأول بالتعرف على العلاقة بين التذكر قصير المدى وكل من الانتباه والادراك لدى الفصاميات والسويات .

- يتعلق القسم الثاني بقدرة الاختبارات التى تقيس التذكر ، الانتباه ، الادراك في التمييز بين السويات والفصاميات مزمنات . والسويات والفصاميات الحادات (حديث) .

- يتعلق القسم الثالث بقدرة المقاييس على التشخيص أو بمعنى أدق على التمييز بين الفئات الاكلينيكية المرضيه فصام مزمن - حديث .

مناقشة النتائج الخاصة بالقسم الأول

من خلال العرض السابق لنتائج معاملات الارتباط بين اختبار الشطب (الانتباه) ومتغيرات اختبار وكسلر للتذكر للسويات يتضح لنا أن هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة احصائيا عند مستوى ٠١ر بين الانتباه والترابطات ، وبين الانتباه والاتجاه عند مستوى ٠٥ر ، وبين الانتباه كما يقيسه اختيار الشطب و الدرجة الكلية لاختيار التذكر لوكسلر عند مستوى ٠٥ر. جدول (٢٢) .

أى أن ثمة ارتباط وعلاقة موجبة ودالة احصائيا بين الانتباه والتذكر لدى السويات .

فالانتباه والتذكر يمثلان خاصية متماسكة حيث نجد أن الانتباه والتذكر يتعاملان بصورة مباشرة بحيث يكون التذكر معتمدا تماما على انتباه المفحوصات للمنبهات حيث تعتمد استعادته لها على انتباهه لها .

وتمثل سعة الانتباه المدى الذى يستطيع المرء أن ينتبه اليه أو ان يحصر اهتمامه فيه ، عدد الأشياء التى يستطيع ان يدرسها في آن واحد ، الزمن الذى يستطيع المرء خلاله ان يحصر ذهنه فيما يقرأ دون التفكير في شىء آخر .

(مصطفى زيدان ، ١٩٧٩ ، ١٥٣)

وقد أشار بين (Payne) أنه من أجل ان نسجل كل المعلومات بالمشكلة فانه من الضرورى من البداية ان ننتبه الى كل الدوافع المتعلقة فاذا كان انتباه الشخص مشتتا فان معلومات معينة

سوف تفقد وعليه فالحل الصحيح سيكون مستحيلا .

(Payne, 1973 , 445)

وانه في استعادة المعلومات توجد فروق فردية بين الافراد فبعض الافراد يكونون أسرع والبعض الاخر ادق ، وآخرون أدق وأسرع .

والنتائج في الاتجاه المتوقع .

وبالنظر الى جدول (٢٥) نستخلص منه أن جميع معاملات الارتباط بين اختبار الشطب (الانتباه) ومتغيرات اختبار وكسلر للتذكر غير دالة احصائيا بالنسبة للفصاميات المزمنات .

وتتفق النتائج الخاصة بمعاملات الارتباط بين الانتباه والتذكر مع ما توصل اليه رابابورت من ان السويين أقل تشتتا من المزمنين .

(Payne, 1973, 471)

ويمكن أن نفسر هذه النتيجة في ضوء انه عندما يواجه المفحوصات مجموعة من المنبهات مطلوب منها ان توجه انتباهها لها فانها اما ان توجه انتباهها الى خصائص المنبه أو جوانب الاختلاف المختلفة مثال ايجاد التشابه بين الكلمات ومثل شطب الكلمات التى بها حرف الى (هـ) اى انها لا تستطيع التقاط مجموعة من المنبهات في وقت واحد وبدرجة مناسبة .

أى انه لا توجد ثمة علاقة بين الانتباه والتذكر والنتائج في الاتجاه المتوقع ذلك انه لدى فئه من الافراد (خاصةمرضى الفصام) تتعارض امكانية الانتباه مع التذكر بحيث تكف احداهما الاخرى .

وبالرجوع الى التراث النظرى يتضح لنا أن الذهانات الوظيفية تتميز باضطراب في الانتباه وبسببها تضعف رؤية احداث الحاضر في ضوء

خبرات الماضى أو المستقبل ، كما تضطرب التغذية الرجعيه . التصحيح . كما أن وظيفة التذكر من أهم الوظائف التى تتأثر بالاضطراب في الوظائف العقليه .

واضطراب وظيفة الانتباه والتى تلعب دورا هاما في تسجيل البيانات الأساسية اللازمة لحل المشكلة والتى يؤدى فقدها الى استحالة الوصول الى حل المشكلة .

وقد اتفقت نتائج دراستنا مع دراسة لاوسون ١٩٦٧ (Lawson) اذ أوضحت عدم تأثر الذاكرة المباشرة بالانتباه حيث اجريت دراسته عن التشتت البصرى والسمعى لدى مجموعات من مرض الفصام ، والمرضى العضويين من ذوى الاصابة في الفص الصدغي ومرضى الصرع وأوضحت النتائج أن جميع المجموعات كانوا أفضل اداءعلى اختبارات التشتت البصرى ولم توجد فروق في الادراك مع أو بدون مشتت . . . حقيقة اشار الباحث في نهاية الدراسة الى أن النتائج يصعب الارتكان الى نتائجها لعيوب منهجية في العينة .
(Lawson, J.S., 1967, 527 - 535)

واذا نظرنا الى تحليل هلمسلي ١٩٧٥ (Helmsley) للنماذج المحددة بالاستجابة والنماذج المحددة بالمثير في خلل الانتباه الفصامي . . يتبين لنا انه يعتمد في تحليله (التمييز بين عوامل المثير والاستجابة التى تحدد الانتقاء الدقيق للمعلومات) والانتقاء ضرورى لوجود قناه سعة محدودة للتفاعل مع الموضوعات . وترشيح المثيرات وظيفة تخضع للاحتمالات فالمرشح لا يعمل بطريقة واحدة ، وانتقاء الاستجابة مطلوب ـ على سبيل المثال لتسمية الحروف وليس

الاعداد في عرض يشمل الاثنين . ومن الواضح أن الترشيح المبكر لا يمكن ان يحدث لان المعلومات يجب أن يتم تحليلها لتحديد ما اذا كان هناك حرف أو رقم قبل ان يحدث مزيد من الانتقاء. ويفيد هلمسلي انه لا يمكن ان تحدد حتى وضعه للاطار ما اذا كان نموذج انتقاء المثير أو نموذج انتقاء الاستجابة هو النموذج الصحيح لانه من الممكن جزئيا أن يظهر الفصامي عجز في كلا النظامين .

(Wing, J.K. 1980, 131)

وتتفق النتائج مع ما ذكره ليفي وماكسويل (Levy & maxwell) بأن الاداء السيء على اختبارات الذاكرة ربما يكون ناتجا عن اضطراب في الانتباه. (Payne, R.W. 1973, 443)

وتتسق استجابات الفصاميات المزمنات مع استجابات الفصاميات حادات (حديث) اذ نتبين من الجدول (٢٨) انه لا توجد ثمة علاقة بين الانتباه والتذكر لدى مجموعات الفصاميات (حديث) فجميع العلاقات الارتباطية غير دالة احصائيا فيما عدا الاختبار الفرعي (الاتجاه) فالعلاقة موجبه ودالة عند مستوى ٠٥ ر.

ومن خلال التراث النظرى يتضح لنا كما أشار فنابلز (Venables) ان المرضى الذين يعانون من فصام حاد أو ذوى جنون العظمه يتميزون بعدم القدرة على تقيد انتباههم فتجتاحهم انطباعات حسيه من كل اتجاه وتصبح الوحدات بكل انواعها أهمية متساوية وتصبح الصورة كلها تقريبا مجرد شكل أو أرضيه.

(Wing, J.K, 1980, 128-133)

ومن المعروف ان حداثة الاضطراب وشدته قد تؤدى الى عدم التفات المريضات الى المنبهات المطلوب استدعائها ومن ثم يكون الأداء سيئا . ومن المعروف ايضا انه يتم تقدير الذاكرة القصيرة المدى اما بقياس حفظ المريضات للمعلومات لفترة قصيرة (من عشر ثواني الى عشرة دقائق) من لحظة عرضها عليها أو بقياس اكتسابهن للمعلومات أوبتقدير تعلمهن للمادة من خلال محاولات متكررة - ومن المفترض ان التحسن في الأداء يعتمد على سلامة الحفظ لفترة قصيرة.

والنتائج في الاتجاه المتوقع .

وتشير نتائج الدراسة فيما يتعلق بالعلاقة الارتباطية بين نتائج اختبار بندر جشتالت " نقل" ، " استدعاء" (ادراك) ومتغيرات اختبار وكسلر للتذكر للسويات .

أنه لا توجد ثمة علاقة بين الادراك والتذكر لدى السويات جدول (٢٣ ، ٢٤) أى انه كلما تزايد التذكر كلما انخفض الادراك ، والعكس بالعكس ، كلما تزايد الادراك نقص التذكر .

والنتائج في غير الاتجاه المتوقع . ويمكن تفسير ذلك في ضوء التراث النظري الذى يفيد بأن الادراك فعل معقد يتم فيه تحول المثير الفيزيقى الى معلومه نفسيه وتتضمن أربعة جوانب : الاستقبال والتسجيل والتشغيل واعادة التنظيم ووضع المثير الجديد في مكانه مع الذكريات والوجدانات والحاجات . والاستعادة (عمليات الاستقبال الذاتى المستقلة التى تتيح للفرد تحديد ما اذا كان الشئ المحسوس هو الشئ المرئي . (Campbell,R.J. 1981,453)

ولكون اضطرابات الادراك أحيانا نتيجة لتشوه في المدخلات الحسية ، وبذلك فان كثيرا من هذه الاضطرابات تؤثر تأثيرا ضئيلا على قنوات المدخلات الحسية ، وفي هذه الحالة فإنه إما أن يرجع الى استبصار الفرد سوء أدائها لوظيفتها ، أولانه بمجرد إصابته بالخبرة الحسية المشوهة فانه يتواءم معها .
(Trethown,W.H,1979 , 253)

ومن خلال مراجعة بين (Payne) عام ١٩٦٠م للدراسات التى استخدمت الاختبار الرقمي لمدى الذاكرة استخلص الى أن هناك دليل قويا على أن القلق في الافراد الاسوياء قد يعكس نقصا في مدى الادراك . (Payne, 1973 , 442)

ويشير كابلان وآخرون (Kaplan,H.I.et al,1980,970) أن الذاكرة مصطلح شامل يغطى حفظ كل انواع المعلومات على مختلف الفترات الزمنيه ، ويتضمن اشكالا عديده من الاستجابات ولقد بينت الدراسات الامبريقيه (Empirical) أن أداء الفرد في مهام الحفظ قد يختلف بدرجة كبيرة - كوظيفة ذات عوامل عديده مثل الكيفيه الحسية (السمعية مقابل البصرية) ونوع المواد المراد تذكرها (اللفظيه مقابل غير اللفظية) وشكل الاستجابة المطلوبة (التعرف مقابل الاعادة) (الصوتيه مقابل اليدوية) . وبالتالى فان الفاحص النفسي العصبى (neuro-Psychological) يميل لاعطاء اختبارات ذاكرة نوعيه ويقوم من بعد بتقويمها كل على حدة وذلك بدرجة اكثر من استخدامه لبطارية كامله تسهل عملية القياس السريع لتشكيلة واسعة من الاداءات وتعطى ناتجا مفرداً هو

محصلة الذاكره على سبيل المثال يتألف مقياس وكسلر للتذكر من سبعة اختبارات . وفي هذا الاختبار يتجمع النقاط المسجلة للحصول على ناتج كلي . ومع ذلك فان هذه الطريقة كما أفاد (كابلان وآخرون) لها بعض النفع بوصفها طريقة للغربلة (الفصل) على الرغم من انها لا تقيس بشكل كاف بعض وظائف الذاكره مثل الحفظ البصرى . ويفيد كابلان (Kaplan) ان جمع النقط المنفصله المسجلة ويقصد بها الاختبارات الفرعية للمقياس للحصول على ناتج كلي مفرد هو اجراء مشكوك في صدقه (Kaplan,H.I.,1980, 970)

ومن خلال نتائج دراستنا عن العلاقة الارتباطية بين الادراك كما يقاس باختبار بندر جشتالت (نقل ،استدعاء) والتذكر كما يقاس باختبار وكسلر للتذكر للقصاميات المزمنات .

يتضح انه لا توجد ثمة علاقة دالة احصائيا مابين الادراك والتذكر (نقل) جدول (٢٦) أى انه كلما نقص الادراك تزايد التذكر والعكس بالعكس . على حين نجد أن هناك علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين اختبار بندر جشتالت (استدعاء) والدرجة الكلية لاختبار التذكر لوكسلر ، وقيمة الارتباط دالة عند مستوى ٥ .ر ، كما اتضح من النتائج ايضا أن هناك علاقة ارتباطية موجبة دالة احصائيا بين الاستدعاء والاتجاه ، وبين الاستدعاء والتذكر المنطقي عند مستوى دلالة ٥ .ر، جدول رقم (٢٧) .

ويمكن أن نفسر تلك النتيجة من خلال التراث النظرى الذى يفيد بأن الذهانات الوظيفية تتميز باضطراب في الادارك وفي القدرة على اتخاذ القرارات وفيها ايضا يتشوه التعرف . (Kaplan,H.I. et al., 1980, 1012)

والتحريفات الادراكية يمكن أن تؤثر في حل المشكلة حيث ان المعلومات عند المشكلة لا تكون مسجلة بصورة صحيحة .

ويمكن ان نفسر النتائج في ضوء انه كلما نقص الادراك نقص التذكر و العلاقة يمكن ايضا ان تكون ارتباطيه موجبة ودالة احصائيا وذلك فيما يتعلق بالعلاقة الارتباطية بين الاستدعاء والدرجة الكلية لمقياس التذكر لوكسلر .

وتتفق نتائج الدراسة مع نتائج دراسة قام بها تيلور (Tyler,m.p) عام ١٩٧٠م وقد أسفرت نتائج دراسته عن انه على الرغم من وجود اضطرابات ادراكيه لدى ٣٢ فصاميا في تاريخهم المرضى فقد فشل البحث في ايجاد فروق مميزه بين الفصاميين والاسوياء للذاكرة اللفظية .

(Tyler, m.P., 1971 , 6915)

وتشير نتائج الدراسة الى أن هناك علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين اختبار بندر جشتالت (نقل) والدرجة الكلية لاختبار وكسلر للتذكر (جدول ٢٩) وهناك علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين اختبار بندر جشتالت والترابطات والمعلومات والاتجاه للفصاميات الحادات (حديث) . كما يتضح من (جدول ٣٠) أن هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة احصائيا بين الاستدعاء كما يقاس في اختبار بندر جشتالت واعادة الانتاج البصرى والترابطات والدرجة الكلية على مقياس وكسلر للتذكر للفصاميات الحادات (حديث) احصائيا .

أى ان ثمة علاقة ارتباطية موجبة ودالة احصائيا بين التذكر

والادراك اى انه كلما تزايد النقل (الادراك) تزايد التذكر والعكس بالعكس .

غير أنه فيما يتعلق بنتائجنا كلما نقص الادراك نقص التذكر ويتضح ذلك من متوسط درجات مجموعة الفصاميات حديث على اختبار بندرل جشتالت " نقل واستدعاء " والتذكر . (جدول ٦٢ ، ٦٦ ، ٧٠ ، ٧٤) بحيث يمكننا ان نتصور ان الادراك والتذكر يتعاملان بصورة مباشرة حيث يعتمد استعاده المفحوصات للمادة على ادراكهن لها .

فلو افترضنا ان هناك اضطرابا وخللا في الادراك فمن المتوقع ان تتأثر الذاكره قصيرة المدى وأن يكون الاداء سيئا نتيجة لعدم استقبال وتفسير المفحوصات للمنبهات بصورة سليمة ومن المعروف ان حداثة الاضطراب وشدته قد تؤدى الى عدم التفات المريضة الى البطاقات (النقل) بل ومحاولة استدعائها كما هى (الاستدعاء) ومن ثم فالنتائج في الاتجاه المتوقع.

. .   . .

جدول رقم (١٥)

تحليل التباين لدرجات افراد العينة (سويات ـ فصاميات مزمنات ـ فصاميات حديثات) لمتغير اختبار وكسلر للتذكر واختبار بندر جشتالت (نقل ، واستدعاء) واختبار الشطب

المتغيرات	مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع الانحرافات	التباين	النسبة الفائيه
المعلومات	بين المجموعات	٢	٤٨ر٧٤٢	٢٤ر٣٧١	٤١ر٤٥٢
	داخل المجموعات	٨٥	٤٩ر٩٧٤	ر٥٨٨	
	المجموع	٨٧	٩٨ر٧١٦		
الاتجاه	بين المجموعات	٢	٣٦ر٧٨٩	١٨ر٣٩٥	٤١ر٩٢٩
	داخل المجموعات	٨٥	٣٧ر٢٩٠	٠ر٤٣٩	
	المجموع	٨٧	٧٤ر٠٨٠		
الضبط العقلى	بين المجموعات	٢	٤٧ر٨١٢	٢٣ر٩٠٦	٢٢ر٤٢١
	داخل المجموعات	٨٥	٩٠ر٦٣١	١ر٠٦٦	
	المجموع	٨٧	١٣٨ر٤٤٣		
التذكر المنطقي	بين المجموعات	٢	١٣٨ر٣٤٦	٦٩ر٢١٨	٢٢ر٤١٧
	داخل المجموعات	٨٥	٢٦٢ر٤٦١	٣ر٠٨٨	
	المجموعات	٨٧	٤٠٠ر٨٩٧		
تذكر الارقام	بين المجموعات	٢	٣٦ر٤٩٢	١٨ر٢٤٦	٨ر٩٠٢
	داخل المجموعات	٨٥	١٧٤ر٢٢٣	٢ر٠٥٠	
	المجموع	٨٧	٢١٠ر٧١٥		
اعادة الانتاج البصرى	بين المجموعات	٢	١١١ر٢١٧	٥٥ر٦٠٩	٣٥ر٣٠٧
	داخل المجموعات	٨٥	١٣٣ر٨٧٣	١ر٥٧٥	
	المجموع	٨٧	٢٤٥ر٠٩٠		
الترابطات	بين المجموعات	٢	٩٧٩ر٣٩٤	٤٨٩ر٦٩٧	١٠١ر٨٧٢
	داخل المجموعات	٨٥	٤٠٨ر٥٩٥	٤ر٨٠٧	
	المجموع	٨٧	١٣٨٧ر٩٨٨		
الدرجة الكلية	بين المجموعات	٢	٥٩٧٥ر٧٢٩	٢٩٨٧ر٨٦٤	١٥٠ر٦٤٥
	داخل المجموعات	٨٥	١٦٨٥ر٨٧٠	١٩ر٨٣٤	
	المجموع	٨٧	٧٦٦١ر٥٩٨		
بند رجشتالت (النقل)	بين المجموعات	٢	٥٦٤ر٨٠٦	٢٨٢ر٤٠٣	٣٤ر٧٠٧
	داخل المجموعات	٨٥	٦٩١ر٦٣١		
	المجموع	٨٧	١٢٥٦ر٤٣٧		

بند رجشتالت (الاستدعاء)	بين المجموعات	٢	١٨٢٢ر٠٨٤	٩١١ر٠٤٢	١١٨ر٤٧
	داخل المجموعات	٨٥	٦٥٣ر٦٢٧	٧ر٦٩٠	
	المجموع	٨٧	٢٤٧٥ر٧١٢		
الشطب	بين المجموعات	٢	١٧٧٩١ر٦٤٩	٨٨٩٥ر٨٢٤	١٦٢ر١١٢
	داخل المجموعات	٨٥	٤٦٦٤ر٣٥٠	٥٤ر٨٧٥	
	المجموع	٨٧	٢٢٤٥٥ر٩٩٦		

من خلال نتائج تحليل التباين واستخراج النسبة الفائيه وجد أن النسبة الفائيه - بدرجة الحرية بين المجموعات = ٢ داخل المجموعات = ٨٥ لمستوى ثقه (٠٥ر٠) = (١١ر٣) ومستوى ثقه (٠١ر٠=٨٨ر٤)

(جابر عبد الحميد ، ١٩٧٨، ٤٨٣)

نلاحظ من الجدول (١٥) أن النسبة الفائية لدرجات أفراد العينه (سويات ، فصاميات مزمنات ، فصاميات حديثات) دال ، لذلك فقد أجرى اختبارت لمعرفة المجموعة المسئولة عن وجود الفروق .

جدول رقم (١٦)

المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى وقيمة (ت) بين السويات والفصاميات المزمنات على متغيرات اختبار وكسلر للتذكر واختبار بندر جشتالت

المتغيرات	السويات ن = ٣٠ م	ع	الفصاميات المزمنات م	ع	ت	مستوى الدلالة
المعلومات	٥ر٠٠٠	٠ر٥٨٧	٣ر٩٣٣	٠ر٩٤٤	٥ر٢٥	دال عند مستوى ٠١ر
الاتجاه	٤ر٩٦٧	ر١٨٣	٣ر٨٦٧	٠ر٨١٩	٧ر١٨	" " "
ضبط عقلي	٣ر٧٦٧	ر٧٢٨	٢ر٧٠٠	٠ر٠٢٢	٤ر٦٦	" " "
تذكر منطقي	٨ر٧٣٣	٠ر٧٤٠	٧ر١٦٧	٢ر٦٥٣	٣ر١٢	" " "
تذكر ارقام	٩ر٠٠٠	١ر٢٠٣	٨ر٤٣٣	١ر٦١٢	١ر٥٤	غير دال
انتاج بصرى	٨ر٣٦٧	١ر٣٧٧	٦ر٢٠٠	١ر٢٩٧	٦ر٢٧	دال عند مستوى ٠١ر
الترابطات	١٥ر٤٠٠	٢ر٢٢٢	٨ر٣٦٧	٢ر٣٤١	١١ر٩٣	" " " "
الدرجه الكليه	٥٥ر٢٠٠	٣ر١٥٦	٤٠ر٦٣٣	٥ر٧٤٤	١٢ر١٧	" " " "
بند رجشتالت (النقل)	٢١ر١٣٣	١ر٨١٤	١٧ر١٦٧	٤ر١٧٨	٤ر٧٧	" " " "
بند رجشتالت (الاستدعاء)	١٧ر١٣٣	٢ر١٩٣	٧ر٦٠٠	٣ر٩٢٧	١١ر٦١	" " " "
الشطب	٧٤ر٠٠٠	٨ر٨٩٤	٤٣ر٥٠٠	٤ر٣٧٧	١٦ر٨٥	" " " "

يتضح من الجدول السابق أن هناك فروقا ذات دلالة احصائيه عند مستوى ٠١ر من السويات والفصاميات المزمنات لصالح السويات فيما عدا اختبار تذكر الارقام اذ أن الفرق بين المجموعتين غير دال احصائيا .

جدول رقم (١٧)

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري وقيمة (ت) بين السويات والفصاميات الحديثات على متغير اختبار وكسلر للتذكر واختبار بندر جشتالت ، واختبار الشطب

المتغيرات	السويات ن = ٣٠ م	ع	الفصاميات الحديثات ن = ٢٨ م	ع	ت	مستوى الدلالة
المعلومات	٥ر٠٠٠	٠ر٥٨٧	٣ر١٧٩	٠ر٧٢٣	١٠ر٥٦	دال عند مستوى ٠١ر
الاتجاه	٥ر٩٦٧	٠ر١٨٣	٣ر٤٢٩	٠ر٧٩٠	١٠ر٣٨	" "
الضبط العقلي	٣ر٧٦٧	٠ر٧٢٨	١ر٩٦٤	١ر٢٩٠	٦ر٦١	" "
التذكر المنطقي	٨ر٧٣٣	٠ر٧٤٠	٥ر٦٤٣	١ر٢٥٤	١١ر٥٣	" "
تذكر أرقام	٩ر٠٠٠	١ر٢٠٣	٧ر٤٢٩	١ر٤٥١	٤ر٥٠	" "
انتاج بصرى	٨ر٣٦٧	١ر٣٧٧	٥ر٨٢١	١ر٠٥٦	٧ر٨٠	" "
الترابطات	١٥ر٤٠٠	٢ر٢٢٢	٨ر٣٥٧	١ر٩٨٥	١٢ر٦٩	" "
الدرجة الكليه	٥٥ر٢٠٠	٣ر١٥٦	٣٥ر٨٢١	٤ر٠٣٧	٢٠ر٤٤	" "
بند رجشتالت (النقل)	٢٧ر١٣٣	١ر٨١٤	١٥ر٠٠٠	١ر٨١٦	١٢ر٨٣	" "
بند رجشتالت (استدعاء)	١٧ر١٣٣	٢ر١٩٣	٧ر٤٦٤	١ر٥٧٥	١٩ر١٧	" "
الشطب	٧٤ر٠٠٠	٨ر٨٩٤	٤٤ر٥٧١	٨ر١٩٩	١٣ر٠٧	" "

يبين جدول رقم (١٧) ان هناك فروقا ذات دلالة احصائية عند مستوى (٠١ر) بين السويات والفصاميات (حديثات) لصالح السويات .

فيما يتعلق بالقسم الثاني من مناقشة النتائج وهو الخاص بقدرة اختبارات التذكر والانتباه والادراك في التمييز بين الفصاميات والسويات .

تشير نتائج دراستنا الى أن الدرجة الكلية لمقياس وكسلر للتذكر استطاعت أن تميز وبشكل دال احصائيا عند مستوى ١٠ر بين السويات والفصاميات المزمنات جدول (٦٠) . وان الدرجة الكلية لمقياس وكسلر للتذكر استطاعت أن تميز عند مستوى ١٠ر بين السويات والفصاميات الحديث جدول (٦١) ، وتتفق نتائج دراستنا مع دراسة جلاديس (Gladis) ١٩٦٧م الذى استخدم فيها اختبار التعليم المزدوج الارتباطي على مجموعة من المزمنين الفصاميين والأسوياء للتعرف على قدرتهم على الاحتفاظ بالمعلومات على فترات ٧ ، ١٤ ، ٢٨ يوما ، وأوضحت نتائجه أن هناك فروقا ذات دلالة احصائية في درجات الاحتفاظ بين الفصاميين والأسوياء . وقد فسر نتائجه بأن الفصاميين ذاكرتهم القصيرة المدى (قاصرة) وهذا العامل وحده كاف لمنع المعلومات من التثبيت في المخزن الطويل المدى وبالتالي فان نتائجه يمكن أن تفسر في ضوء أن المعلومات لم تصل أصلا الى ذلك المخزن .
(Payne, 1973 , 445)

وتتفق نتائجنا مع ما أسفرت عنه دراسات كل من بومان (Bauman) ، موراى (Murray) ١٩٦٨ ، تروبمان (Traumpan) ١٩٧٥ ، كوه (Koh) ، وبترسون (Patersom) ١٩٧٨ من أن الفصاميين أظهروا عجزا في التذكر وليس في التعرف .
(Kaplan, H.I. et al, 1980, 354)

واينغارتنر وكما ذكر واينغارتنر (Weingartner) ١٩٨٠ ،

من أن التذكر يتطلب تنظيما ذاتى التولد اكبر مما يتطلب التعــــرف وبالتالى يزداد ضعفه عند الفصاميين ، وأن الذاكرة القصيرة المـــدى عند الفصاميين أكثر ضعفا في المهام المليئة بالمجهود .

(Kaplan, H.I., et al, 1980, 555)

كما أشارت نتائج دراسة ليفى وماكسويــــل (Levy Maxwell) أن الاداء السيىء لدى الفصاميين على اختبــارات الذاكرة ربما يكون ناتجا عن اضطراب الانتبـــاه .

(Payne, R.W.,, 1913, 443)

أما بالنسبة للاختبارات الفرعية : اختبار المعلومـــــات جدول رقم (٣٢) ، الاتجاه ، جدول رقم (٣٦) ، الضبط العقلى جدول رقم (٤٠) واعادة الانتاج القصوى جدول رقم (٥٢) والترابطات جدول رقم (٥٦) والتذكر المنطقى فقد استطاعت أن تميز بين الفصاميات المزمنات والسويات عند مستوى دلالة ١٠ر ، والفشل الوحيد في التمييـــــز بين السويات والفصاميات المزمنات كان في اختبار تذكر الأرقــــام جدول رقم (٤٨) .

على حين تشير نتائج الاختبار الكلى والاختبـــــارات الفرعية لوكسلر للتذكر ان هناك فروقا ذات دلالة احصائية بـــــين السويات والفصاميات (حديث) على جميع الاختبارات في مستــــوى دلالة ١٠ر .

أى أن الفروق بين السويات والفصاميات (الحديث) فــــي اختبار وكسلر للتذكر سواء الدرجة الكلية أو الدرجات الفرعية اكبـــــر من الفروق بين السويات والفصاميات المزمنات .

أى اننا يمكننا أن نفسر ذلك في ضوء انه كلما زادت حدة الأعراض (فصاميات حديث) نجد أن الفروق تزداد ، وفي الفصام المزمن لأن المرض والاضطراب أصبح اكثر استقرارا وبالتالى اعتاد المريض على مرضه واضطرابه فانه يحاول استخدام نفس الميكانزمات التى يستخدمها الاسوياء مع اختلاف في كفاءة القدرة نتيجة للمرض والنتائج في الاتجاه المتوقع .

غير أننا نلاحظ أن الاختبارات الفرعية مثل اختبار المعلومات العامة والشخصية واختبار الاتجاه (الوعى المكانى والزمانى) استطاعا أن يميزا بين السويات والفصاميات مزمنات ، والسويات والفصاميات (حديث) على الرغم ماذكره وكسلر من ضعف هذه الاختبارات في التمييز بين الاسوياء وغيرهم .

وتتسق نتائج دراستنا مع ماورد في تراث علم النفس الاكلنيكى حين تذهب اناستازى ١٩٧١ (Anastsi) أن اكثر الوظائف الذهنية حساسية للعمليات المرضيه هى وظائف الذاكرة.

أما بالنسبة لاختبار الشطب (الانتباه) فقد ميزت النتائج بين السويات والفصاميات المزمنات والفرق دال عند مستوى ٠١ر جدول رقم (٧٢) .

كما ميزت النتائج أيضا بين السويات والفصاميات (حديث) والفرق دال عند مستوى ٠١ر جدول رقم (٧٣) .

وتختلف نتائجنا مع نتائج لاسون (Lawson, 1967) اذ أجريت دراسته عن التشتت البصرى والسمعى لدى مجموعات من مرضى الفصام والمرضى العضويين ومرضى الصرع . وأظهرت

نتائجه أن جميع المرضى كانوا حسنى الاداء علىاختبار التشتت البصرى ولم تظهر فروق في متوسط درجاتهم مع تشتت وبدونه .

(Lawson, Chamman, 1967)

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع نتائج دراسة مصرية عن ادراك الزمن لدى الفصاميين اذ أوضحت نتائجه أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين أداء كل مجموعة بمشتت أو بدون مشتت . (أحمد خيرى ، ١٩٧٦)

غير أننا يمكن ان نفسر نتائجنا في ضوء انالفصاميين يتميزون باضطرابات في الانتباه وبسبب اضطرابات الانتباه يضعف رؤية احداث الحاضر في ضوء خبرات الماضى أو المستقبل كما وأن وظيفة الانتباه التى تلعب دورا أساسيا في تسجيل البيانات الأساسية اللازمة لحل المشكلة والتى يؤدى فقدها أو ضعفها الى استحالة الوصول الى حل المشكلة .

أما بالنسبة لاختبار بندر جشتالت (ادراك) فتبين أنالاختبار ميز في مرحلة النقل والاستدعاء بين السويات والفصاميات المزمنات جدول رقم (٦٤) ، (٦٨) ، وبينالسويات والفصاميات حديث جدول رقم (٦٥) ، (٦٩) .

والادراك هو العملية النفسيه التى يكتسب من خلالها الاحساس ـ الذى يأتى من أى مصدر وعن طريق أى قناة اتصال ويدخل الشعور (ـ) معنى، فالتعرف يحدث بدقة وفورا بمجرد مروره للوعى الشعورى ، لذا فالمصدر الصحيح للمثير الحسى سرعان ما يعرف من خلال البصر والممرات الحسية الأخرى في حين يكون اضطرابات الادراك احيانا ناتجة لتشوه في المدخلات الحسية وترتبط معظم اضطرابات الادراك لغياب الاستبصار

واذا كانت ذات أسباب خارجه فانها ترتبط ايضا بالفشل في تفسير المعنى الصحيح للمثير الحسى .

(Trethowon,W.H., 1979)

واختلفت نتائجنا مع نتائج دراسة سويف ومتولى اذ فشل الاختبار فى مرحلة النقل (النسخ) في ان يميز بين الفصاميين والفئات الأخرى في حين ميز فى مرحلة الاستدعاء .

وقد ذكر الباحثان أنهما لم يتمكنا من تحديد بداية المرض في عينتهم حيث كان المرضى يعالجون بالجلسات قبل بدء الاختبار

(Soueif & Metwally, 1961, 185-296)

وتتسق نتائجنا مع نتائج الاختبار الفرعي في وكسلر (اعادة الانتاج البصرى) اذ بدت نتائجنا متسقة فهذا الاختبار ميز بين السويات والفصاميات مزمنات وبين السويات والفصاميات حديثات .

وتتسق تلك النتيجة مع الأعراض الذهانية التى تميز التفكير لتلك الفئه بالتفكك وعدم تسلسل الافكار ووجد اضطرابات ادراكيه لديها .

(Coleman, J.C., 1970, 274)

جدول رقم (١٨)

المتوسط الحسابى والانحراف المعيارى وقيمه (ت) بين الفصاميات المزمنات والحديثات على متغير اختبار وكسلر للتذكر، واختبار بندر جشتالت (نقل ،استدعاء) واختبار الشطب

المتغيرات	الفصاميات المزمنات ن = ٣٠		الفصياميات الحديثات ن = ٢٨		ت	مستوى الدلاله
	م	ع	م	ع		
المعلومات	٣ر٩٣٣	٠ر٩٤٤	٣ر١٧٩	٥ر٧٢٣	٣ر٤٠	دال عند مستوى ١٠ر
الاتجاه	٣ر٨٦٧	٠ر٨١٩	٣ر٤٢٩	٠ر٧٩٠	٢ر٠٧	" "
الضبط العقلى	٢ر٧٠٠	١ر٠٢٢	١ر٩٦٤	١ر٢٩١	٢ر٤٢	" "
التذكرالمنطقي	٧ر١٦٧	٢ر٦٥٣	٥ر٦٤٣	١ر٢٥٤	٢ر٧٦	" "
تذكر ارقام	٨ر٤٣٣	١ر٦١٢	٧ر٤٢٩	١ر٤٥١	٢ر٤٩	" "
انتاج بصرى	٦ر٢٠٠	١ر٢٩٧	٥ر٨٢١	١ر٠٥٦	١ر٢٢	غير دال
الترابطات	٨ر٣٦٧	٢ر٣٤١	٨ر٣٥٧	١ر٩٨٥	٠٢ر	" "
الدرجة الكلية	٤٠ر٦٣٣	٥ر٧٤٤	٣٥ر٨٢١	٤ر٠٣٧	٣ر٦٧	دال عند مستوى ١٠ر
بند رجشتالت (النقل)	١٧ر١٦٧	٤ر١٧٨	١٥ر-	١ر٨٢٦	٢ر٥٣	دال عند مستوى ٥٥٠ر
بند جشتالت (الاستدعاء)	٧ر٦٠٠	٣ر٩٢٧	٧ر٤٦٤	١ر٥٧٥	١٧ر	غير دال
الشطب	٤٣ر٥٠٠	٤ر٣٧٧	٤٤ر٥٧١	٨ر١٩٩	٠ر٦١-	" "

وفيما يتعلق بالقسم الثالث من مناقشة النتائج وهو الخاص بقدرة الاختبارات على التمييز بين الفئات الاكلينيكيه المرضيه فصام مزمن - فصام حاد .

فلعل أهم ماتشير اليه نتائج الدراسة الحالية هو أن اختبار التذكر لوكسلر (الدرجة الكلية) استطاعت أن تميز بين الفصاميات المزمنات والفصاميات (حديث) جدول رقم (١٨) ، حقيقة ان الاختبارات الفرعيه للمقياس فشلت في التمييز فيما عدا مقياس والاتجاه والضبط العقلى ، والتذكر المنطقي واعادة الارقام .
فقد ميزت بين المجموعتين عند مستوى دلالة ٥٠ر وفيما عدا التذكر المنطقي والمعلومات ميز عند مستوى ٠١ر.
الا أن اتجاه الفروق بصفة عامة لصالح عينة الفصاميات مزمنات .

وقد اتفقت نتائجنا مع دراسة جيمس هيوارد شو (James Howard Shaw) والتى حاولت التعرف على قدرة الفصاميين على الاستدعاء وهل جوهر الفصام يتداخل مع قدرتهم على استرجاع استجابات صحيحه ، وذلك باستخدام اختبار وكسلر للتذكر ، وقد اسفرت نتائجه عن اختلاف داخل الجماعات الفصاميـة ، اذا اختلفت حالات البارانويا عن الفصاميين الاستجابيين اختلافات ذات دلالة احصائية اذ حصل البارانويين على متوسط درجات أعلى كما أنه لاتوجد فروق ذات دلالة في اختبار المعلومات الشخصية كما اتضح من نتائج دراسة عدم اختلاف المجموعتين في اختبار الكلمات المزدوجة (الترابطات) .
(Shaw, J.H., 1961, 2371)

ونود أن نشير الى أن الجماعات الفرعية لفصاميين دراسة جيمس هيوارد تختلف عن الجماعات الفرعية للفصاميات في دراستنا

فالفصاميون الاستجابيون كما هو معروف أعراضهم اكثر حدة وبالتالي فهم اكثر تدهورا من البارانوين ، على حين في دراستنا الفصاميات (حديث) اعراضهم اكثر حدة من الفصاميات المزمنات .

واختلفت نتائجنا مع نتائج الدراسة التى قام بها سبون ومساعدوه عام ١٩٧٠ حين حاول التعرف على الفروق بين الجماعات الفرعيه لمرضى فصاميين ذوى حالات حادة ومزمنه ، وفصاميين استجابيين Reactive ، وفصامى العملية Process وما اذا كانوا من خلال منظار مجسم سريع التعرف على كلمات من ستة مقاطع ليست ذات معنى ان يكتبوا مايرونه وأوضحت نتائج دراسته ان الفروق بين المجموعات الفرعية للفصاميين غير ذات دلالة وقد اقترح الباحث أنه منا لمتصور أن الفروق الحقيقية في الذاكرة كانت تقاس على الرغم من الفروق في القدرة على الانتباه والتى يمكن أن تتوقع أنها غطت عليها . (Payne, 1973, 442)

وبالنسبة لاختبار الشطب (الانتباه) فلم تميز النتائج بين الفصاميات مزمنات والفصاميات (حديث)

ويمكننا قبول فكرة ان حداثة المرض أثر في التذكر اكثر من الانتباه ، حيث بدت الفروق بين المجموعتين (فصام مزمن ، فصام حديث) أوضح في اختبارات التذكر عنها في اختبار الانتباه (الشطب) .

أما بالنسبة لاختبار بندر جشتالت (ادراك) فتبين من النتائج ان الاختبار ميز بين مجموعة فصاميات مزمنات وفصاميات (حديث) في مرحلة النقل عند مستوى دلالة ٠٥ر

وفشل في التمييز بين الفصاميات مزمنات وفصاميات الحديثات في مرحلة الاستدعاء .

و بصفة عامة فالفروق بين الفصاميات المزمنات اقل من الفروق بين الفصاميات (حديث) والفرق لصالح الفصاميات المزمنات على حين كانت الفروق بين الفصاميات مزمنات والفصاميات الحديثات تكاد تكون متساوية .

وتتفق نتائجنا في مرحلة الاستدعاء مع نتائج دراسة أحمد خيرى التى قام بها عن ادراك الزمن لدى الفصاميين اذ لم يتحقق فرضه الخاص باختلاف تقدير الزمن باختلاف نوع الفصام .

وقد فسر نتائجه بأن الفصاميين يعانون من اختلال في الادراك بصفة عامة وفي ادراك الزمن بصفة خاصة .

(أحمد خيرى ، ١٩٧٦)

في ختام عرض نتائج الدراسة الحالية ومناقشتها وتفسيرها تورد الباحثة ثلاثة جداول مستخلصة بها النتائج التى توصلت اليها. والجدولين (١٩ ، ٢٠) يوضحان مستوى دلالة الفروق بين السويات والفصاميات المزمنات ، والفصاميات المزمنات والفصاميات " حديث" على اختبار وكسلر للتذكر واختباراته الفرعيه . واختبار الشطب ، واختبار بندر جشتالت النقل والاستدعاء .

جدول رقم (١٩)

يوضح دلالة الفروق بين السويات والفصاميات
مزمنات وبين السويات والفصاميات " حديث "
وبين الفصاميات مزمنات وفصاميات حديث
على اختبار التذكر لوكسلر . .

اختبار وكسلر للتذكر	سويات وفصاميات مزمنات	سويات وفصاميات حديث	فصاميات حديث وفصاميات مزمن
معلومات	دال عند مستوى ١ ٠ ر	دال عند مستوى ١ ٠ ر	دال عند مستوى ١ ٠ ر
اتجاه	" " "	" " "	دال عند مستوى ٥ ٠ ر
ضبط عقلي	" " "	" " "	" "
تذكر منطقي	دال عند مستوى ١ ٠ ر	" " "	" " ١ ٠ ر
تذكر ارقام	غير دال	" " "	" " ٥ ٠ ر
اعادة انتاج بصري	دال عند مستوى ١ ٠ ر	" " "	غير دال
تعلم ارتباطي	" " "	" " "	غير دال
درجه كليه	" " "	" " "	دال عند مستوى ١ ٠ ر

جدول رقم (٢٠)

يوضح دلالة الفروق بين السويات والفصاميات مزمنات وبين السويات والفصاميات "حديث" وبين الفصاميات مزمنات وفصاميات حديث على اختبار الشطب والبندر جشتالت

المتغيرات	سويات وفصاميات مزمنات	سويات وفصاميات حديث	فصاميات حديث وفصاميات مزمنات
اختبار الشطب (الانتباه)	دال عند مستوى ٠١ر	دال عند مستوى ٠١ر	غير دال
اختبار بندر جشتالت "نقل"	دال عند مستوى ٠١ر	دال عند مستوى ٠١ر	دال عند مستوى ٠٥ر
اختبار بندر جشتالت "استدعاء"	دال عند مستوى ٠١ر	دال عند مستوى ٠١ر	غير دال

الفصل الخامس

أ - ملخص النتائج

ب - الفائدة التطبيقية لهذه الدراسة

جـ - نموذج لثلاث حالات



ملخص النتائج

وفي محاولة تلخيص النتائج تتضح لنا أن هناك علاقة ارتباطية موجبة ودالة احصائيا بين الانتباه والدرجة الكلية لمقياس وكسلر للتذكر لدى السويات ، والنتيجة في الاتجاه المتوقع، على حين انه لا توجد ثمة علاقة بين الانتباه والتذكر لدى الفصاميات المزمنات ، والنتائج ايضا في الاتجاه المتوقع ، ذلك انه لدى عدد من الافراد خاصة مرض الفصام المزمن تتعارض امكانية الانتباه مع التذكر بحيث تكف احداهما الأخرى ذلك لأن الاداء السئ على اختبارات الذاكرة ربما يكون ناتجا من اضطراب في الانتباه حيث تتميز الذهانات الوظيفية باضطراب في الانتباه .

وتتسق استجابات الفصاميات المزمنات مع استجابات الفصاميات (حديث) اذ اتضح انه لا توجد ثمة علاقة بين الانتباه والتذكر . على حين تشير نتائج الدراسة فيما يتعلق بالعلاقة الارتباطيه بين الادراك والتذكر لدى السويات نه لا توجد علاقة موجبه دالة احصائيا والنتائج في غير الاتجاه المتوقع .. غير اننا يمكن ان نفسره في ضوء أن القلق في الأفراد الأسوياء قد يعكس نقصا في مدى الادراك، كما بينت الدراسة الامبيريقية أن أداء الفرد في مهام الحفظ قد

تختلف بدرجة كبيرة وأن كابلان وآخرون (Kaplan, H.I., et al) أشار بأن اختبار وكسلر لا يقيس بشكل كاف بعض وظائف الذاكرة مثل الحفظ البصرى .. (Kaplan, H.I., et al, 1980, 970)

أما عن العلاقة الارتباطية بين الادراك والتذكر لدى الفصاميات المزمنات اتضح انه لا توجد علاقة موجبة دالة احصائيا بين الادراك (النقل) والتذكر . بينما توجد علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة احصائية بين "الاستدعاء" والدرجة الكلية لاختبار وكسلر للتذكر والاختبارات الفرعية الترابطات ، المعلومات ، الاتجاه . ويمكن تفسيرها بأنه كلما نقص الادراك (الاستدعاء) نقص التذكر .

كما اتضح أيضا انه توجد علاقة موجبة دالة احصائيا بين "النقل" والدرجة الكلية لوكسلر للتذكر لدى الفصاميات "حديث" كما اتضح ايضا علاقة ارتباطية بين الادراك وعدد من الاختبارات الفرعيه .

أى انه كلما نقص الادراك نقص التذكر وبالنظر الى متوسط درجات هذه المجموعة على اختبار بندر جشتالت "نقل ، واستدعاء" والدرجات على اختبارات التذكر يتضح لنا أنها اكثر المجموعات اضطرابا .

والادراك والتذكر يتعاملان بصورة مباشره حيث يعتمد استعادة المادة على ادراكنا لها . أى أن حداثة الاضطراب وشدته قد تؤدى الى عدم التفات المريضات الى البطاقات بل ومحاولة استدعائها ، فلو افترضنا ان هناك اضطرابا وخللا في الادراك فمن

المتوقع أن تتأثر الذاكرة قصيرة المدى نتيجة لعدم استقبال وتفسير المفحوصات للمنبهات بصورة سليمة .

- واستطاعت الدرجة الكلية لمقياس وكسلر للتذكر أن تميز وبشكل دال احصائيا عند مستوى ٠١ر وبين السويات والفصاميات مزمنات ، أما بالنسبة للاختبارات الفرعيه فقد ميزت جميع الاختبارات عند مستوى ٠١ر والفشل الوحيد في اختبار تذكر الأرقام .

واستطاعت الدرجة الكلية ان تميز بين السويات والفصاميات " حديث " في مستوى دلالة ٠١ر. كما أن جميع الاختبارات الفرعية ميزت بين المجموعتين عند مستوى دلالة ٠١ر .

- بالنسبة لاختبار الشطب (الانتباه) فقد ميزت النتائج بين السويات والفصاميات مزمنات ، والفرق دال عند مستوى ٠١ر ، كما ميزت النتائج بين السويات والفصاميات " حديث " عند مستوى ٠١ر .
- وتشير النتائج على اختبار بندر جشتالت (نقل واستدعاء) ان هناك فروقا ذات دلالة احصائية عند مستوى ٠١ر بين السويات والفصاميات مزمنات ، وبين السويات والفصاميات " حديث " في المرحلتين نقل واستدعاء .

من خلال نتائج اختبار وكسلر للتذكر يتضح لنا أن الدرجة الكلية ميزت بين الفصاميات مزمنات والفصاميات " حديث " عند مستوى

دلالة ١٠ر. أما عن الاختبارات الفرعية فقد ميزت بين المجموعتين في جميع الاختبارات فيما عدا اختباري اعادة الانتاج البصري، والترابطات. والفرق لصالح الفصاميات مزمنات.

بالنسبة لاختبار الشطب (الانتباه) لم يميز بين المجموعتين فصاميات مزمنات، وفصاميات "حديث".

على حين نجد أن اختبار بندر جشتالت "ادراك" قد ميز بين المجموعتين في مرحلة "النقل" عند مستوى ٠٥ر لصالح الفصاميات المزمنات. وفشل في التمييز بين المجموعتين في مرحلة الاستدعاء.

.. ..

الفائدة التطبيقية لهذه الدراسة :

الجانب التشخيصي :

أ ـ تسهم نتائج هذه الدراسة من خلال مقياس وكسلر للتذكر وهو مقياس موضوعي ومقنن في رفع الكفاءة التشخيصية والتمييز بين الجماعات المرضية اذ استطاع ان يميز وبشكل دال عند مستوى ٠١ر بين السويات والفصاميات المزمنات ، واستطاع ان يميز عند مستوى دلالة ٠١ر بين السويات والفصاميات " الحديث " .

كما استطاعت الدرجة الكلية أن تميز بين الفصاميات المزمنات والفصاميات " حديث "

ب ـ استطاع اختبار الشطب (الانتباه) أن يميز بين السويات والفصاميات المزمنات ، والسويات و الفصاميات (حديث) غير ان نتائج الاختبار لم تميز بين فئتين فرعيتين من الفصام. وقد يمكننا القول أننا بحاجة الى أدوات اكثر دقة لقياس الانتباه

جـ ـ استطاع اختبار بندر جشتالت (ادراك) أن يميز بين الفصاميات مزمنات وفصاميات (حديث) والسويات في مرحلة الاستدعاء والنسخ . على حين استطاع في مرحلة النسخ أن يميز بين الفصاميات " حديث" وبين فصاميات مزمنات . غير انه لم يميز بين الجماعتين الفرعيتين في مرحلة الاستدعاء .

الجانب السيكومترى :

أ ـ حيث تسهم هذه الاختبارات في تقييم بعض العمليات المعرفية كالتذكر والانتباه والادراك .

ب ـ أمكن من خلال هذه الدراسة تقديم بعض المقاييس واعدادها بطريقة مقننه مثل اختبار وكسلر للتذكر واختبار بندر جشتالت واختبار الشطب .

نموذج لثلاث حـــــالات

حالة فصام مزمـــــن

السن : ٢٧ سنه

المؤهل : كفاءة

الحالةالاجتماعية : مطلقه

تاريخ المرض : ١٦/٥/١٣٩٥هـ

وخرجت في ٢٧/١/١٣٩٦هـ

ثم عادت الى المستشفى ومازالت حتىاجراء التطبيق

التاريخ الاجتماعي : من واقع السجـلات الاب متقاعد ، والأم مطلقـــــة والاب متزوج من اخرى والمريضة لها ٧ أخوه وترتبهـا الاولى .

تحليل استجاباتها على مقياس وكسلر للتذكر

أ - اختبار المعلومات العامة والشخصية

اجابت اجابة صحيحة على جميع الاسئله فيما عدا تاريخ الميلاد

ب - الاتجاه الزمانى والمكانى

تعرفت على التاريخ والشهر واليوم والمكان والبلد

الضبط العقلى :

اجابت اجابة صحيحة عن العد التنازلى ، وسرد أ ، ب في الزمـــــن المحدد ،وأخطأت في العد في ثلاثيات .

التذكر المنطقي :

لم تتمكن المريضة مناسترجاع لا المضمون ولا الافكار في القصة الاولى فيما عدا فكرة واحده وهى (احترقت النار) وفي القصة الثانيةاستطاعـــت

أن تسترجع ٧ أفكار غير انها غير مسلسلة وبمضمون غير منطقي .

مدى الأرقام : استطاعت ان تسترجع ٤ أرقام ، وفي العد بالعكس استطاعت ان تسترجع ٣ أرقام . . وعادة استعادة الارقام عكسيا يتطلب مستوى اكثر تعقيدا من العمليات العقلية حيث يتطلب استقبال سلسلة من الارقام وادراكها ثم تخزينها ومحاولة استعادتها عكسيا .

الاسترجاع البصرى :

تميزت الاشكال بالبدائية وخطوط غير منتظمه وواهيه .

الترابطات المزدوجة :

استدعاءات قليلة

في الاستدعاء الاول (السهل) استطاعت ان تستدعى (شمال ، جنوب) (طفل - يبكى) (وردة - زهرة)

وفي الاستدعاءات الصعبة استدعت واحدة فقط (مدرسة - بقالة)

ونفس الشيء في الاستدعاء الثانى والثالث .

في اختبار بندر جشتالت (ادراك)

استرجعت ٣ بطاقات فقط وتميزت رسومها بعدم الانتظام في الاتجاه ، وميل واضح الى تجزئة الشكل وفصل اجزائه .

في اختبار الانتباه (الشطب)

فالاختبار مكون من مجموعتين أ ، ب استطاعت ان تتعرف على الحرف هـ ٢٢ في المجموعة الاولى ٢١ في المجموعة الثانية اى المجموع الكلى ٤٣ وهى درجة منخفضة .

تقرير عن الحالة :

اضطراب ملحوظ في القدرة على الاستدعاء وفي ايجاد الترابطات المزدوجة واضطراب واضح في القدرة على التذكر المنطقي اذ لم تسترجع

الحالة الثانية

فصام حاد " حديث"

السن : ٢٩ سنه

المؤهل : تقرأ وتكتب

تاريخ المرض : دخلت المستشفى في شوال ١٤٠٤هـ وقد اجريت عليها الاختبارات بعد دخولها المستشفى بشهر، ولم يسبق لها دخول مستشفى قبل ذلك .

الحالة الاجتماعية : تزوجت لمدة اسبوع واحد فقط من ابن عمها وتركها الزوج . الاب على قيد الحياه، الام متوفية ،ولها ست أخوات اصغرهن عمرها ٤ سنوات وترتيب المريضة الثالث .

تحليل الاستجابات على اختبار وكسلر للتذكر

اختبار المعلومات العامة والشخصية

اجابت فقط على ٣ اسئله ولم تتذكر السن ، ولا تاريخ الميلاد ولا اسم مدير المستشفى .

الاتجاه الزماني والمكاني :

لم تتذكر الشهر ولا السنه ولا اليوم واجابت عن الاسئلة الخاصة بالبلد واحنا فين .

الضبط العقلي :

لم تتمكن من الاجابة عن العد التنازلي ولا أ - ب ولا العد في ثلاثينات اذ حصلت على صفر ولعل حدة الاعراض (اضطرابها) بالاضافة الى تدني مستوى التعليم يمكن ان يفسر حصولها على هذه الدرجة .

في القصه الاولى الا فكرة واحدة أما في القصة الثانية فكانت اكثـــر استقرارا وهدوءا فما استطاعت ان تتذكر ٧ افكار ولكن بمضمون غيــــر منطقي ، وتميزت رسوماتها بعدم الانتظام في الاتجاه واضطراب الــى حد ما في الانتباه ومع هذا فهي تدرك الزمان والمكان والمريضـــه هادئه ، مستقرة ، متعاونه ، متجاوبة . وعلى لسان المريضة فانهــا تتحسن على العلاج في الوقت الحالى وتأخذ العلاج بانتظام وتنــام طبيعى ، وتعمل في العلاج بالعمل .

التذكر المنطقي :

لم تستطع المريضة في القصة الاولى ان تسترجع اكثر من مضمون فكرتين (أحرقت النار) ، (سريرها)

وفي القصة الثانية : فكرتين ايضا (فاطمه التنونى) ، (مكة)

مدى الارقام :

استطاعت ان تسترجع ٤ أرقام وفي عد الارقام بالعكس استطاعت ان تسترجع ٣ ارقام .

الاسترجاع البصرى :

تميزت رسومها بالبدائية ، ميل ظاهر الى تجزئي الشكل وفصل اجزائه . . خطوط غير منتظمه .

الترابطات المزدوجة :

استدعاءات قليلة ، في الاستدعاء السهل ٢ فقط (شمال - جنوب) (طفل - يبكى)

في الاستدعاء الصعب الاول لم تتمكن من الاجابه عن اى منها استجابة صحيحة .

في الاستدعاء الثانى والثالث الصعب استطاعت ان تستجيب استجابة صحيحة على احداهما وهو (يسحق - ظلام)

بندر جشتالت (ادراك)

في النقل تميزت رسوماتها بالبدائية ، نزعة مبالغة في تحريف وضع الاشياء وميلها ، عدم انتظام الاتجاه .

وفي الاستدعاء لم تتذكر الا شكلين فقط .

اختبار الشطب (انتباه)

في الجزء الاول استطاعت ان تتعرف على الحرف هـ في ١٢ فقط في الجزء الثانى ١٨ اى المجموع الكلى ٣٠

تقرير عن المريضه :

المريضة قلقه غير مستقره ، تصيح بصوت عالى ، على لسانها لا تنام الا بصعوبة ، ترفض العلاج ، وتناوله بالضغط وهى تتكلم بصعوبة لكنها تدرك المكان والزمان الى حد ما ، تزوجت لمدة اسبوع واحد ومن السجلات تقوم احيانا بالتفتيش داخل علب القمامة والبحث عن اغطية الكازوزه وتحاول ان تحدث خدوش باليدين بالاضافة الى انها تميل الى تقطيع شعرها وشعر المريضات معها .

تتميز استجاباتها بالاضطراب الشديد ففي الضبط العقلي حصلت على الدرجة صفر وفي التذكر المنطقي لم تتذكر سوى فكرتين في كل قصة مع محتوى غير منطقي ، وفي استعادة الارقام عكسيا استطاعت استرجاع اول سلسلة فقط (٣ ارقام) اما عن الاسترجاع البصرى والبندر جشتالت فتميزت رسوماتها البدائية وعدم الانتظام في الاتجاه وتميزت استجاباتها على اختبار الشطب بالاضطراب حيث فشلت الى حد كبير في توجيه انتباهها الى جوانب الاختلاف بين الحروف اى شطب الكلمات التى بها حرف الـ(هـ) .

الحالة الثالثـــة

سويـــه

السن : ٣٢ سنه

المؤهل : كفاءة

المهنة : تعمل في اعمال ادارية

الحالة الاجتماعية : متزوجة

لم يسبق لها ان تناولت عقاقير مهدئه أو ذهبت الى عيادة نفسيـــه أومستشفى .

تحليل الاستجابات على مقياس وكسلر للتذكر.

اختبار المعلومات العامة والشخصية

استجابت المفحوصة استجابات صحيحة على جميع الاسئلة

الضبط العقلي :

حصلت على ٤ درجات اذ اجابت اجابة صحيحة على العد التنازلى واخطأت في سرد أ ، ب واجابت اجابة صحيحة على العد في ثلاثيات وأود ان اشير الى ان الخطأ في سرد أ ، ب لا يعنى انها تعانى من اضطراب .

التذكير المنطقي

تميزت استجاباتها بالمنطق والانتظام واستطاعت ان تتذكـــــر في القصةالاولى ١٣ فكره وفي القصة الثانية ١٠ أفكار.

مدى الارقام :

استطاعت ان تستعيد ٦ ارقام ، وفىالعد بالعكس استطاعت ان تستعيد ٥ أرقام .

الاسترجاع البصرى :

استرجعت جميع الاشكال ،الخطوط واضحة .

التزابطات المزدوجة :

استطاعت ان تحصل في الاستدعاء الاول على ٦ ارتباطات سهلة، ثلاثة صعبة . وفي الاستدعاء الثاني والثالث ٦ سهله، ٤ صعبه

في البندر جشتالت (ادراك)

استرجعت ٤ اشكال .

وفي النقل استطاعت المفحوصه ان تستجيب للمثيرات ككل اى استطاعت ان تكون نمطا جشتلتيا الى حد كبير .

اختبار الشطب(الانتباه)

استجابت في المجموعة الاولى على ٣٧ وفي المجموعة الثانية استجابت استجابة صحيحة على ٣٤ اىالمجموع الكلى ٧١ .

ولعل المفحوصة استطاعت ان توجه انتباهها الى جوانب الاختلاف (شطب الكلمات التى بها حرف الـ هـ)

تقرير عن الحالة :

مما سبق يتضح لنا ان الحالة تتميز بقدرة واضحة على الوعي الزماني والمكاني والتذكر المنطقي والاستدعاء البصرى ، والنقل في اختبار بندر جشتالت افضل من الاستدعاء لديها ومع هذا فرسوماتها تكون نمطا جشتالتيا .

من درجاتها على اختبار الشطب يؤكد قدرتهاعلى التركيز والتقاط مجموعة من المنبهات في وقت واحد وبدرجةمناسبة.

قائمة المراجع العربية والأجنبية

المراجـــع

أولا : المراجع العربية :

١- أحمد خيرى حافظ : دراسة تجريبية في ادراك الزمـــن لدى الفصاميين ، بحث غير منشـــور للماجستير، القاهرة، جامعـــة عين شمس ، ١٩٧٦م .

٢- أحمد عزت راجـــح : أصول علم النفس ، ط ١٢ ، القاهرة ، دار المعارف ، ١٩٧٩م .

٣- أحمد عكاشـــــه : علم النفس الفسيولوجي ، القاهـــرة ، دار المعارف ، ١٩٦٨م .

٤- ———— : الطب النفسي المعاصر ، القاهرة ، الانجلو المصرية ، ١٩٦٩م .

٥- ———— : التشريح الوظيفي للنفس ، علـــم النفس الفسيولوجى ، القاهـــرة ، دار المعارف، ١٩٧٢م .

٦- أحمد فؤاد السيد فائق : جنون الفصام ، القاهرة ، دار المعارف، ١٩٦١م .

٧- الجمعية المصرية للطب النفسي : دليل تشخيص الأمراض النفسيـــه ، القاهرة ، الجمعية المصرية للطـــب النفسي ، ١٩٧٩م.

٨- السيد محمد خيرى : الاحصاء للبحوث التربوية والنفسية، القاهرة ، دار النهضة العربيـــة ، ١٩٦٣م.

- جابر عبد الحميد ، أحمد خيرى كاظم : مناهج البحث في التربية وعلم النفس ، القاهرة ، دار النهضة العربية ، ١٩٨٤م .

- جيمسس دريفر : مادة الذاكرة في معجم العلوم الاجتماعية ترجمة مصطفى زيور ، مراجعة ابراهيم مدكور ، القاهرة ، الهيئة العامة للكتاب ، ١٩٧٥م .

- حامد زهران : الصحة النفسية والعلاج النفسي ، ط٢ ، القاهرة ، عالم الكتب ، ١٩٧٨م

- سيد غنيم ، هدى براده : الاختبارات الاسقاطيه ، القاهرة ، دار النهضة المصرية ، ١٩٦٤م .

- صفوت فرج : القياس النفسي ، القاهرة ، دار الفكر العربى ، ١٩٨٠م .

- طلعت منصور : دراسة ارتباطية لتطور نمو فاعلية التذكر لدى الاطفال والمراهقين في الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، الكتاب السنوى الثاني ، ١٩٧٥م .

- علاءالدين أحمد كفافي : أثر التنشئة الوالدية في نشأة بعض الأمراض النفسية والعقلية ، رسالة دكتوراة غير منشوره ، القاهرة ، كلية التربية ، جامعة الازهر ، اشراف جابر عبد الحميد ، وابراهيم وجيه ، ١٩٧٩م .

- فلوجل ،ج . ك : علم النفس في مائة عام ، ترجمة لطفي فطيم ، مراجعة السيد محمد خيرى القاهرة، مكتبة سعيد رأفت، ١٩٧٦م

- فؤاد أبو حطب : القدرات العقلية ،القاهرة ،الانجلو المصرية، ١٩٧٣م .

- فؤاد البهى السيد : الأسس النفسية للنمو من الطفولة الي الشيخوخة ، ط٤ ،القاهرة، دار الفكر العربى ، ١٩٧٥م .

- فؤاد البهي السيد : علم النفس الاحصائي وقياس العقل البشرى ،القاهرة ، دار الفكر العربي، ١٩٧٩م.

- لويس كامل مليكة : علم النفس الاكلينيكي، القاهرة ، الهيئة العامة للكتاب، ١٩٧٧م .

- لويس كامل مليكة ، وعماد الدين اسماعيل : مقياس وكسلر - بلفيو لذكاء والمراهقين ، القاهرة ، مكتبة النهضة المصرية، ١٩٦٨م .

- محمد عماد فضلى : بيولوجيا الذاكرة ،المجمع المصرى للثقافة العلمية، القاهرة، الكتاب السنوى الثاني والأربعون، مايو ١٩٧٢م .

- مصطفى زيدان : معجم المصطلحات النفسية والتربوية ، (د . ن) دار الشروق ١٩٧٩م .

- مصطفي سويف : التطرف كأسلوب للاستجابه ، القاهرة مكتبة الانجلو المصرية، ١٩٦٨م .

- مصطفى غالب : الذاكرة ، ط ٣ ، بيروت (د ٠ ن) ، ١٩٨١م ٠
- وفيه الكموني : التذكر قصير المدى وبعض عوامل التدخل في ضوء السن والتحصيل الدراسي القاهرة ، الجمعية المصرية للدراسات النفسية ، الكتاب السنوى الثاني ، ١٩٧٥م ٠
- وليم الخولي : الموسوعة المختصرة في علم النفس والطب العقلي ، القاهرة ، دار المعارف ١٩٦٩م ٠
- يوسف مراد : مبادئ علم النفس ، القاهرة ، دار المعارف ، ١٩٦٩م ٠

27 - Anastasi, A. : Psychological Testing
3rd ed., N.Y., The Macmillan Company, 1971.

28 - Bannister, D. The nature and measurement of schizophrenic disorder, J. Ment. Sci. Vol. 106, 1960.

29 - BenjaminB. wolman : A Dictionary of Behavioural Science, Von Nostrond Reinhold Company, 1973.

30 - Broadbent, D.E. : Communication models for memory, in G. A. Talland N.C. Waugh (eds.), The Pathology of memory, N.Y., academic press, 1969.

31 - Broen, W.E. Schizophrenia, N.Y., London, Academic Press, 1968.

32 - Campbell, R.J. : Psychiatric Dictionary, 5th ed., N.Y. Oxford Univ. Press, 1981.

33 - Colman, J.C. : Abnormal Psychology and modern life, 3rd ed, Bombay , 1970.

34 - Craik, F.I.M.& Lockhart, R.S., Levels of processing; A Frame work of memory Research, Journal of Verbal learning and Verbal Behavior , 11, 1972, 671-684.

35 - Douis L. Sills (editor) : International Encyclopedia of the Social Science, Vol. 1-2 N.Y.

The Macmillan Company, The Free Press, 1968.

36 - Drever, J. : A Dictionary of psychology U.S.A. Penguin Books, Baltimore, 1964.

37 - Elmow, P.L. : An Investigation of memory defecit in schizophrenia, Diss, Abs., 1971, Vol., 32, 556.

38 - English, H.B.& English, A.C. : A comprehensive Dictionary psychoanalytical Terms, U.S.A., Longman and Green, Co., 1964.

39 - Erickson, R.C.& Scott, M. : Clinical memory Testing, A review Psychological Bulletin, 1977, Vol. 84, N.6., 1130-1149.

40 - Exstrom, R.B.& French, J.W.& Harman, H, H. & Dermen, Diran. : Manual for Kit of Factor ReFerenced Cognitive Tests, New Jersy, Educational Testing Services, 1976.

41 - James Drever, : A Dictionary of Psychology, U.S.A., Penguin Book, Baltimore, 1977.

42 - Jensen, A.R. : Interaction of level I and level II abilities with race and socio economic status, Journal of Educational Psychology,

1964, 66 (1) 99-111.

43 - Kaplan, H.I. & Freedman, **A.M. and BenJamin,** S.J. Comprehensive Textbook of Psychiatry, III 3rd ed., London, Williams & Wilkins, 1980.

44 - Lawson, J.S. & Mcghie, A. & Chapman, J., : Distractibity in schizophrenia and organic Cerebral Disease, British Journal of Pscychology, 1967, Vol. 13, 527-535.

45 - Linford Rees W.L., : A short textbook of Psychiatry, English Language Book Society, Hodder and Stoughton, 1978.

46 - Mayer - Cross, W. & Roth, M. : Clinical Psychiatry, 3rd ed., London, 1969.

47 - Murdock, B.: The retention of individual items, J. Exp., Psy, 1961, 62.

48 - Payne, R. : Cognitive Abnormalities in Hand Book of Abnormal Psychology (Edited) by H.J. Eysenk, N.Y. Pitman, 1973.

49 - Saunders, B. : Clinical Examination in Neurology, 5th ed., Mayo clinic and Mayo Foundation, 1981

50 - Shaw, J.H. : Memory Processes in schizophrenic and Normals, Diss Abs., 1961, 21, 2371.

51 - Soueif , M. & Metwally, A. : Testing for organicity in Egyptian Psychiatric Patients, Acta psychol., 1961, 18. 285-298.

52 - Talland, G.A. :Disorders of memory and learning Baltimore, U.S.A., Penguins Book, 1968, 1971.

53 - Threthowon, W.H. : Psychiatry, The English language Book Society and Bailliere Tindoll, 4th ed., London, 1979.

54 - Tolor, A. & Schulberg, H. & Lauretta, B. An Evaluation of the Bender - Gestalt test. U.S.A., Illionis, 1963.

55 - Tyler, Mary. : Schizophrenics, memory For Semantic and Syntactic aspects of Sentences occurring in Connected discourse, Diss. Abs., 1971, 6915.

56 - Wechsler, D. Stone, C. : Wechsler Memory Scale N.Y. The psychological Corporation, 1973.

57 - Wing, J.K. (editor) : Scizophrenia towards a New Synthesis 3 ed ed., London, Academic Press, Inc., 1980.

الملاحق

استمارات بيانات الشخصية

الاســـم :

الســـن :

الجنـــس :

الحالة الاجتماعية :

المستوى التعليمى :

شهادة جامعية	توجيهى	كفاءة
ابتدائية	تقرأ وتكتب	

المؤهل الدراسى :

التشخيص السيكاترى :

مدة الاقامة في المستشفى :

تاريخ المريضة :

المقياس المقنن للتذكـــــــــر
دافيد وكسلـــر مستشفى بالفيـــو نيويـــورك

الاسم : .... السن : .... الجنس : ....
التاريخ : .... الفاحص: ....

	الدرجـــه
١ ـ المعلومات	...
٢ ـ الاتجاه	...
٣ ـ الضبط العقلى	...
٤ ـ قطع التذكر	...
٥ ـ مجموع الارقام	...
٦ ـ اعادة الانتاج البصـــرى	...
٧ ـ المترابطات	...
الدرجة الخام الكلية	

أولا المعلومات العامه والشخصيه

	الدرجة
١ ـ السن	...
٢ ـ تاريخ الميلاد	...
٣ ـ ملك المملكة العربيه السعوديه	...
٤ ـ السابق له	...
٥ ـ اسم المستشفى	...
٦ ـ اسم المدير	...
المجموع	

ثانيا الاتجاه

	الدرجـــه
١ ـ السنة	...
٢ ـ الشهر	...
٣ ـ اليوم	...
٤ ـ حنا فين	...
٥ ـ البلد	...
المجموع	

ثالثا : الضبط العقلى

	الزمن	الاخطاء	الدرجة
١ ـ (٢٠) ٢٠ ١٩ ١٨ ١٧ ١٦ ١٥ ١٤ ١٣ ١٢ ١١ ١٠ ٩ ٨ ٧ ٦ ٥ ٤ ٣ ٢ ١	...	...	.
٢ ـ (٢٠) أ ب ت ث ج ح خ د ذ ر ز س ش ص ض ط ظ ع غ ف ق ك ل م ن هـ و لا ى	...	...	.
٣ ـ (٢٠) ١ ٤ ٧ ١٠ ١٣ ١٦ ١٩ ٢٢ ٢٥ ٢٨ ٣١ ٣٤ ٣٧ ٤٠	...	...	.

الدرجة الكلية	

رابعا : التذكر المنطقى

أ ـ السعوديه / فى ٥ رجب / أمس / أحرقت النار / ثلاث بيوت / بالقرب من وسط المدينه / وقد اطفئت / بعد مـــــــدة / وكانت الخسارة / ٨٥ الف ريـــال / وقد احترقت منـــازل / ١٧ عائله / وحاول احد رجال المطافى / أن ينقذ بنتـــا / كانت نائمة / فى سريرها / فاحترقت يداه / ونقلها / رجال الاسعاف / الى المستشفى / للعلاج /

ب ـ فاطمه التنونى / من مدينه / مكه / تعمل / ممرضه فى احدى المستشفيات / بلغت فى سرقة الشنطه انه سرق منها / فى شارع الروضه / الليلـــه الماضيه الف ريال ولديها اربعة / اطفال صغار / وكان يلزم لها دفع ايجار البيت / والاولادهـــا يحتاجون الطعام / قصة هذه السيدة / أثرت / فى نفوس الضباط / فجمعوا لها نقود / واعطو لها /

١ ـ عدد الافكار المتذكره ...... ب ـ عدد الافكار المتذكره .... متوسط الدرجه $= \frac{أ + ب}{٢} = \frac{\quad}{٢} = \underline{\quad}$

خامسا : أ ـ اعادة الارقام

	الدرجه
٦ - ٤ - ٣ - ١	٤
٧ - ٢ - ٨ - ٦	٤
٤ - ٢ - ٧ - ٢ - ١	٥
٧ - ٥ - ٨ - ٣ - ٦	٥
٦ - ١ - ٩ - ٤ - ٧ - ٢	٦
٣ - ٩ - ٢ - ٤ - ٨ - ٧	٦
٥ - ٩ - ١ - ٧ - ٤ - ٢ - ٣	٧
٤ - ١ - ٧ - ٩ - ٣ - ٨ - ٦	٧
٥ - ٨ - ١ - ٩ - ٢ - ٦ - ٤ - ٧	٨
٣ - ٨ - ٢ - ٩ - ٥ - ١ - ٧ - ٤	٨
درجة اعادة الارقام	......

ب ـ اعادة الارقام بالعكس

	الدرجـــة
٢ - ٨ - ٢	٣
٤ - ١ - ٥	٣
٣ - ٢ - ٧ - ٩	٤
٤ - ٩ - ٦ - ٨	٤
١ - ٥ - ٢ - ٨ - ٦	٥
٦ - ١ - ٨ - ٤ - ٣	٥
٥ - ٣ - ٩ - ٤ - ١ - ٨	٦
٧ - ٢ - ٤ - ٨ - ٥ - ٦	٦
٨ - ١ - ٢ - ٩ - ٣ - ٦ - ٥	٧
٤ - ٧ - ٣ - ٩ - ١ - ٢ - ٨	٧
درجة اعادة الارقام بالعكس	......

الدرجة الكلية

ارسم خطا تحت اى سلسله يفشل فيها المفحوص
ارسم دائره حول اقصى عدد يعيده المفحوص صحيحا

سادسا أ

سادسا ب

سادسا (جـ ١) – (جـ ٢)

اثنى الجزء ٢ على الخط المتقطع قبل اعطاء الورقة للمفحوص لرسم الجزء رقم ٦

سادسا اعادة الانتاج البصرى أ ... ب ... جـ ١ ... جـ ٢ ... المجموع .....

سابعا التعلم بالترابط

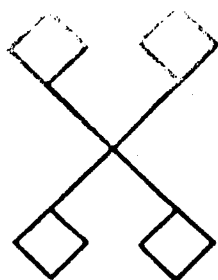
العرض الأول	العرض الثانى	العرض الثالث
معدن – حديد	وردة – زهرة	طفل – يبكى
طفل – يبكى	يطبخ – بوصة	يطبخ – بوصة
يسحق – ظلام	شمال – جنوب	شمال – جنوب
شمال – جنوب	كرنب – قلم	مدرسة – بقالة
مدرسة – بقالة	فول – تحت	وردة – زهرة
وردة – زهرة	فاكهة – تفاح	كرنب – قلم
فول – تحت	مدرسة – بقالة	فول – تحت
يطبخ – بوصة	معدن – حديد	فاكهة – تفاح
فاكهة – تفاح	يسحق – ظلام	يسحق – ظلام
كرنب – قلم	طفل – يبكى	معدن – حديد

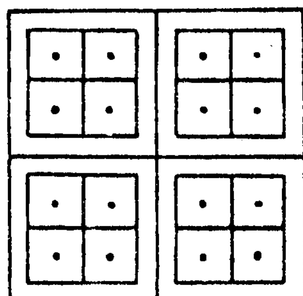
الاستدعاء الأول	سهل	صعب
شمال	–	
فاكهة	–	
يطبخ		–
وردة	–	
طفل	–	
فول	–	
كرنب		–
معدن	–	
مدرسة		–
يسحق		–
المجموع	–	–

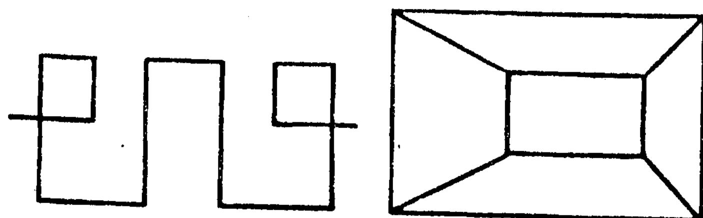
الاستدعاء الثانى	سهل	صعب
كرنب		–
طفل	–	
معدن	–	
مدرسة		–
سوق	–	
وردة	–	
يطبخ		–
فاكهة	–	
يسحق		–
شمال	–	
المجموع	–	–

الاستدعاء الثالث	سهل	صعب
يطبخ		–
فاكهة	–	
طفل	–	
معدن	–	
يسحق		–
مدرسة		–
وردة	–	
شمال	–	
كرنب		–
فول	–	
المجموع	–	–

سهل
١ –
٢ –
٣ –
أ) المجموع
أ ÷ ٢
صعب
١ –
٢ –
٣ –
ب) المجموع
الدرجة = $\frac{1}{2}$ أ + ب







اختبار بندر جشتالــــــت

النقل :-

التعليمات :-

هلجن حوربكي بطاقاتقليلة ، وكلبطاقة عليها رســـــــم ، وحتشوفينهم على بطاقه بطاقه ، وابغاكي ترسمين كل واحـــــــد ، مثل الرسم اللى على البطاقة بالضبط .

الاستدعاء :-

التعليمـــات: -

هلجن ابغاكي تتذكرين اكبر قدر من الاشكـــال اللى رسمتيها .

اختبار ايجـاد ال " هـ "

التعليمات :ـ

هذا اختبار من أجل معرفة سرعتك فى انك تلاقيـن الكلمـات التى فيها حرف الهاء " هـ "

والمطلوب منك ان تشطبى الكلمه الى فيها حرف " هـ " وهالحيـن حوريكى قائمة فيها خمس أعمده من الكلمات كل عمود منهم فيه خمس كلمـات فقط فيها الحرف " هـ " وهذه الكلمات الى فيها حرف ال " هـ " فى العمودين الأولين مشطوبه علشان تعرفى المطلوب منك ونسوى مثلهـا فى الثلاث أعمدة اللى بعدهم علشان تتمرنيين على شطب كل كلمـة فيها الحرف " هـ " .

تذكرى ان كل عمود فيه خمس كلمات فقط فيها حـرف ال " هـ " ودرجتك على الاختبار ده هتكون لعدد الكلمات الصحيحه اللى شطبت عليها

حاولى تشطبى بسرعة على الكلمات اللى فيها حرف ال " هـ " ومتهتميش بالدقه فى الشطب . هديلك دقيقتين لكل جزء من أجزاء الاختبـار

لا تقلبين الصفحة الا لما أقولك .

الجزء الأول (دقيقتين)

(١)

الصفحة الأولى

١	٢	٣	٤	٥
موز	مضحك	الصباح	جيران	مضطرب
مهاجر	نجار	مشاكل	قوى	خطاب
فاشل	متشابك	تقديم	باب	مظاهر
بالطو	جمل	جذور	قمر	مجلس
ماء	صخور	طائر	شخص	تسليم
أسد	فندق	تردد	توهم	احتراق
تطرى	استعراض	تكرار	ساق	وزير
مراهق	نجاح	معادن	سباك	أسلاك
شجاع	برنامج	حبال	منهج	مصاريف
صياد	مرهم	غابات	ليل	أثر
والد	اكتشاف	مواد	صحيح	صراع
يسلم	تأكيد	جماهير	دماء	مؤلف
يحسن	حيوانات	طبقات	يكتب	انهيار
تاريخ	عمل	ارتفاع	حديث	سباق
ارهاق	طالب	حكم	جوهر	تماسك
مذيع	قاضى	ابن	قريب	بحيرات
غناء	حذاء	اليوم	زائد	حساب
عناصر	التهاب	شروق	حصان	استفهام
قمح	دماء	فلاح	يلاحظ	ضغط
كحول	أدوات	صحراء	مزاج	أوراق
حجم	امتحان	نبات	معارك	تعامل
سحاب	تفوق	مشهور	احساس	انتصار
أمطار	يشكل	رئيس	شكوى	تعاون

=========

١	٢	٣	٤	٥
ـهام	يقفز	بلد	فستان	حقول
ـشب	قهر	منزل	مسئول	تكون
ـين	سارق	استهزاء	مأزق	تلميذ
ـعر	أدب	ثقوب	تجاهل	سعيد
ـهماك	كازينو	أسود	احجام	أخضر
ـائط	جغرافيا	رداء	فأر	شعب
ـح	نداء	حكيم	تعامل	اسراع
ـجاج	الكترونى	اهتزاز	كاتب	كرسى
ـاب	جوهر	غرب	ممثل	نهار
ـحشرات	عداء	مكان	شعب	واضح
ـئنات	سلام	اتحاد	امكانيات	حاكم
ـكرى	قانون	معرض	الوان	طابور
ـخطأ	الهوامش	تجمهر	سرف	مستشفى
ـاض	اسعاف	مواظب	تلهف	مسافر
ـكار	ميعاد	طباع	مشروع	تزييف
ـتقدات	واجب	متسرع	اختبار	خبز
واضح	صارم	أضراب	حوادث	اهداء
ـازم	شقيق	مشاعر	اعتراض	نتائج

انتقلى للصفحة التاليه

الجزء الأول (دقيقتيـــــــن)

الصفحه الثانيـــــه

٢

٦	٧	٨	٩	١٠
كعب	حقائق	ترحيب	تعبير	ينظر
ترات	ثمن	أصفر	اطوال	تصنيف
ـدث	تصميم	يعوم	وزن	مرور
وسط	قطن	انضمام	غضب	كهل
لاعب	ضوء	فاسد	احتفال	ملعب
تجمد	ازرق	مشاهد	العمر	الثائر
استعمار	اكتشاف	عظيم	كافى	الاعتداء
ـيض	واسع	تحقيق	اعداد	الزراع
شرق	مذهب	اسبوع	وهمى	زوج
واهن	قوميات	مواطن	يفتح	تقدير
ـسم	خطط	ماهر	ينسى	سفير
زحام	مهاب	علامات	لحن	مهلك
أحمر	علوم	أسرار	قائد	انقسام
هنى	تأييد	خطاب	لهجات	عمود
تفاعل	مخالف	مخبأ	قاموس	احترام
تحف	مواصلات	جلد	أسود	قديم
بطاقات	فاتح	فنان	نمو	سفن
خضر	ساحل	مؤثر	عالم	حقد
ـرديق	حفظ	قيود	بنات	غزو
وقود	يهطل	أعياد	ظرف	القاهر
اعداد	امامى	ظواهر	ينتهز	اجزاء
ـبريت	بيع	خدمات	ينام	أمر
استعداد	ساحر	يدخن	سقوط	قلق

٦	٧	٨	٩	١٠
در	آمال	أعمال	صريح	بطل
دادات	شهور	الميناء	مفهوم	قبول
اهر	مزعج	تسجيل	منشار	مهارات
صات	كسول	مضمون	يساوم	مربع
تاب	فهم	اختلاف	صوت	قلم
داد	مثقف	موسيقى	حواجز	يكسر
هلات	حق	سريع	أساس	أسفل
تمرار	مسلى	الأرض	قواعد	سليم
يء	صراف	تنفيذ	قطع	يحتمل
نتعاش	ذعر	اختيار	الموقع	زواج
وف	ملك	عريض	الشاطىء	زى
دار	مصاب	منهار	رسول	الذهان
راج	دائما	بطىء	ميزان	أمواج
سرى	محتويات	نماذج	صالح	مستوى
لاد	سجين	تأهيل	النمل	جرائد
يزات	زميل	استقلال	مخلص	تلوث
ظر	جسم	يحمى	خلف	ستائر

انتقلى الى الصفحة التاليه

الجزء الأول (دقيقتيـــــن)

الصفحه الثالثــــه

١١	١٢	١٣	١٤	١٥
حول	انفجار	منظار	انسان	غالبا
اختصاص	استعداد	دواء	مركبات	مدخن
أمين	صالح	عين	غطاء	ذئب
موضوع	جديد	قدم	مفرش	أمجاد
صغير	استلام	ابتهاج	أبناء	ماكر
استماع	محظوظ	مغرب	مزارع	عرب
مرتفع	قرار	معبد	مدافئ	خيوط
اعضاء	ذهول	عمود	كوب	اجتهاد
مناجم	اصلاح	تليفون	اتهام	خادم
مهاجم	اختراع	مبنى	مشروع	نقى
سلطان	عقاب	أمطار	درس	يطبع
ادخار	مميزات	تدهور	بحث	مساعد
كريم	الهضاب	شمس	مجموعات	توهج
اهمال	لحين	يلعب	خاض	عدوان
ضابط	أجر	دخول	بعض	بحـــر
حترام	العدل	محافظ	باهت	مربـــع
ـطر	تعليم	مكعبات	آمال	مركب
صوير	تحديد	معهد	أساس	موعـــد
حكيم	بيع	غابات	طلب	موج
ناسب	اتوبيس	رمح	سوف	معاهد
ـهور	نقود	خنجر	أول	مستأجر
حزين	زعيم	جرس	مراحل	أصابع

١١	١٢	١٣	١٤	١٥
دليل	تهريب	تجهيز	مراد	ضاحك
اقتصاد	حزين	زجاج	خامات	سجائر
موقف	بائع	مسلى	اقتراحات	اجتهاد
تأجيل	انقاذ	علب	نموذج	لوح
احتمال	قمر	نجم	قبول	سلك
موهوب	تفكك	هارب	انهاء	ظاهر
محامى	خلف	أيام	آداب	معلم
مدح	نصف	مصباح	احجام	صائغ
قضاء	عاهات	مسرح	تعاون	حدائق
تنافس	اغراض	جميل	أفراد	اغنام
شامل	ربيع	سدس	ظروف	درجات
أسعار	امواج	قبيح	ضرورة	شارع
الهيئات	اطفال	قميص	مسحوق	زائر
اعتراف	ذكاء	بالطو	جدول	وصف
انتاج	مدارس	قمر	اختام	ساكن
نائب	خاتم	باب	نبع	حفلات
انتشار	ظرف	شموع	عصير	صنوف
العاب	غد	ورد	جامعات	مذنب
نادر	مقاعد	لحظات	مسجد	حلاق

الصفحة الرابعة

١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠
ثقيل	نقص	أجراس	أشياء	مريح
غرب	أشكال	تضامن	يرفض	ثلج
عذاب	خلال	منهار	جوائز	فهرس
انابيب	زهو	طريق	أسماء	رصيف
حزام	عنوان	شباك	الجديد	بطيخ
يحافظ	فشل	البريد	تمهيد	عيد
مثلج	شرق	مميز	مناطق	ثياب
خوخ	متاهات	مرايا	تسجيل	قطار
سلاسل	شرف	شباب	وظائف	اهانات
ليمون	تحقيق	أسنان	استرخاء	سد
نقود	شرير	قفل	قديم	بلح
انتهاء	أهداف	توهج	الهام	صابر
كشكول	شاطىء	تعذيب	توقف	تهديد
عمارات	محلات	منديل	ذكرى	رياح
مساكن	نشاط	غلاف	الندم	نخيل
البرج	صحفي	ثابت	الوطن	مسرح
جامع	فيلم	بارد	يصطاد	شعبان
امواج	وعي	تطهير	وعد	حشرات
برهان	تشجيع	الليل	كهف	كلمات
ركن	محرك	مقياس	يقاوم	يعيش
المنتصف	انقاذ	مشرف	كافي	جراح
السابع	اجنبي	معاني	فحص	شراع

١٦	١٧	١٨	١٩	٢٠
شريط	عصفور	ملح	طلب	احتفال
دارج	نمر	جهل	تضامن	يصلى
أخرس	ستائر	كروان	مرح	اصناف
يد	تظاهر	مغلق	انتقام	متأخر
اسهاب	رحلات	الهلال	اقتراح	يدعو
يخترع	قروش	شراب	مؤمن	مصنوعات
حرص	بحار	ثور	مسرح	شركات
شك	حداد	دقيق	عوامل	مستندات
توجيهى	تابع	غراب	جبال	مصانع
اتصالات	اعداد	سئوال	غامض	كهرباء
بهم	يهبط	كاذب	مطعم	انتصار
جزر	جاف	اخلاص	الهضاب	خسائر
خطيب	موز	ينصح	انسحاب	حرائق
قصص	تحف	فأر	ساخن	تذكر
كفاح	غرباء	يقسم	نظيف	ضوضاء
ناء	قطط	سكر	جاهل	تهديد
حصان	سرور	يتأمل	زرع	وسائل
جندى	لقاء	أبواب	كبير	مطفىء
مشروبات	مربع	فصول	اثاث	احساس

توقفـــى

الجزء الثانى (دقيقتين)

الصفحة الخامسة

٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥
أصابع	صعوبات	سريع	جمرك	ينفع
تفاؤل	ظروف	ثلوج	مكتبات	أثر
نزاع	تنافس	درجات	أراء	معتقدات
خضروات	موالح	سنوات	شهادة	قفل
انتشار	نقاط	مجهود	عطف	مستحيل
احتفالات	بائع	صريح	ناشر	وراء
الاهرام	دهب	اختصار	متساوى	زهور
سائق	سباق	مفاتيح	ناقص	يستقبل
الأول	مشترى	يذهب	عائد	نشيد
يسامح	نقد	ثعبان	تعليمات	مهدى
عدوان	احداث	سام	ضمير	دروس
مجتهد	انتخاب	طريق	صروف	حل
يفقد	شهداء	مبهم	علامات	مبانى
ينمور	أجراس	يخدع	بركان	امدادات
تصريح	تكافؤ	يحفظ	اتقان	يحمى
بهيج	سرور	خجول	خبير	وزن
ضار	منظر	اضطرام	مبتدىء	أدوار
يقسم	قاتل	دماء	ظالم	دهان
حدود	صامت	طالب	كسل	اختبار
معمل	انهاء	فن	حقائب	استخدا
تشاؤم	رأس	حجز	افعال	شارع
اختراعات	رياح	انذار	مهندس	مثالى

٢١	٢٢	٢٣	٢٤	٢٥
مستندات	سفن	حارس	حقيقى	مناسبات
جاسوس	صفوف	ساحل	حماس	شغب
استغلال	كائن	جانب	اثبات	استياء
شرطى	انتصار	طابع	انتقام	اوضاع
حلوى	شهى	نشيط	سماء	يطير
رهيب	حجاب	ناجح	اهداف	رياضى
احترام	برج	مهجور	زلزال	دهليز
قانون	رصيف	ميزان	حيوى	مباشر
وحدات	خبز	متماسل	خفيف	ضغط
اطفاء	فول	معتقدات	مفقود	مجتمع
تضامن	حرائق	مجهول	دهاء	يجيب
وكيل	مشرف	تلميذ	توقيع	حرى
بديهى	مغرور	يطلع	فائز	بصل
دجاج	تهديد	فوز	نداء	لهو
عميق	مرشد	مراقب	يمسك	يخطف
محيطات	يصطاد	نموذج	منبهات	احاديث
أزمات	ضرائب	خائف	بجانب	تصور
استدعاء	استنتاج	دافىء	ضوضاء	يخسر
قلق	برسم	توقعات	الجميع	مصائب

انتقل للصفحه التاليه

الجزء الثانى (دقيقتين)

الصفحة السادسة

٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠
مصدر	أسفل	معلومات	أنواع	معرض
جميل	أسنان	توزيع	أخبار	تمساح
نتعلم	تماسك	أخلاق	مؤلفات	جرائد
اقتصاد	ارتياح	اسعافات	الحان	مستوى
قواعد	اتحاد	أعمال	استمرار	فكاهى
استيراد	عضب	جمل	آلى	غراب
احفل	يعيش	شعوب	انتهازى	تمرين
تشكيل	وصف	اتجاهات	عدسات	اجراءات
سلوك	أمهل	تشجيع	انتقالات	اعتراف
راهب	أعصاب	قوائم	حزين	مدهش
أزرق	قتال	ارسال	وطنى	فحص
طبقات	يقارن	امواج	اعلام	مربع
غريب	شكوى	سجين	تأهب	أمطار
مهموم	زملاء	ثورات	فروق	جمهور
نزاع	ملتهب	فضول	مشاعر	مسافات
جراثيم	شامل	متشابهات	الات	تعديل
طائر	أب	صندوق	رجال	موارد
خجل	تكوين	مقاعد	ثياب	سائل
طريق	باهر	مسجد	ازدهار	أساس
بطىء	تركيز	مهرجان	أرنب	سلالم
مراكز	أخ	انسان	صقر	العدل

٢٦	٢٧	٢٨	٢٩	٣٠
زراع	مصالح	حزام	مساكن	ملخص
ريالات	تلخيص	عصفور	صابون	أحكام
فرع	كاذب	زيوت	واجهات	قرود
تحطيم	توصيل	دهان	تصميم	استيراد
اخلاق	ارتباط	مثلجات	اطارات	أصلح
أسباب	شروط	انعكاس	مستهتر	وفاء
اضطراب	اجتماع	اداء	ميزان	غزال
صفات	دولاب	ريف	احجار	تهور
تمهيد	مؤتمر	معتدل	نظارات	قسم
المستقبل	ملائم	ايجار	حرائق	دقائق
تغيرات	استهلاك	فوهات	فندق	قواعد
جدول	حديد	تعمير	سلاسل	صور
متفوق	اشارات	زيتون	قيود	صخور
باهر	منزل	رسائل	تقدم	اخلاق
حقوق	قيم	ازعاج	خطاب	نظام
مواطن	الهمجى	وصف	صديق	شهور
واضح	احلام	منازل	مدن	ساعات
تعاون	اشجار	عرض	يعرف	أيام
تدريب	جامع	سلال	تعاون	توقع
اخبار	مركب	صخم	الوان	مصباح

 انتقلى للصـــفحه التاليه

الصفحة السابعة

٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥
طابور	سليم	صياد	ميلاد	مصنع
تلاميذ	مجتمع	اوراق	تذكر	ادخار
اوامر	مستشفى	تصدير	عضو	امان
قرار	اتساع	امكانيات	حظ	مدافن
اسهام	تحصيل	تعاملات	عالمى	صحراء
امتلاك	مدارس	قوائم	طويل	ربيع
محتمل	علم	اجتماعات	فدان	فلاح
توسل	اكتشاف	سجائر	مبانى	مرض
ضرورى	مهاجر	استخدامات	الاول	ترتيب
بدائى	أمن	جهاد	باحث	اجتهاد
مبادىء	اخطاء	الثأر	حذاء	خوف
طفل	معزول	ماهر	بلا حظ	أدوات
مشاهد	شعور	تقدير	تخفيض	جبال
حرمان	انخفاض	شارع	مجاهد	ثقوب
انتاج	معانى	محاضرات	مكتب	اهداف
اقتراح	سهم	تفضيل	كوبرى	اليوم
برنامج	الم	جانب	مهاجم	شروق
خدمات	تقديم	شقيق	سيف	شكوى
امن	مناطق	روابط	حرمان	حساب
عناصر	تنظيم	اتهام	طبيب	حقول
استهتار	محرك	دولاب	قطار	بحيرات
[illegible]	خلا[illegible]	لماذا	سؤال	غناء

٣١	٣٢	٣٣	٣٤	٣٥
انهماك	تتابع	حضارات	دواء	انتهاء
مجرم	انهيار	العالم	ملك	مرتفع
اعتراف	انحراف	الاخير	الهضاب	نباتات
سجل	خصائص	ينتهز	بائع	ابن
ابتهال	عقل	ملابس	تفكير	وزير
أشار	تذوق	راديو	حل	معاون
اصلاح	قائد	اختلاف	خوف	برنامج
اشاعات	حاجز	أخشاب	بعيد	الهام
غذاء	ميول	غزال	مدرس	حفظ
رفض	اهداء	حدائق	ممثل	تعامل
تجديد	يتكلم	سجاد	معهد	اسلاك
خطوط	توزيع	مستهلك	شيء	حوادث
احتفاظ	علاج	عجلات	يسرق	غامض
ثواب	مهذب	فراش	كفاح	حشرات
مفتاح	يجمع	بكاء	قمر	انتهاء
عمل	اصطدام	دروس	تفتيش	شعوب
حاكم	انتقال	أنوار	استمرار	خبز
انقاذ	قروض	حضروات	عتاب	عقرب
قنوات	اشخاص	أصابع	لاعب	قانون

انتقلى للصفحة التاليه

الصفحة الثامنـــه ١٥

٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠
فاشل	حكيم	قفل	أصوات	تحطيم
قمح	محافظ	غلاف	يفقد	علم
معارك	خاص	مهموم	تصريح	أرنب
مأزق	اساس	شريف	انتخاب	مهارات
تعاون	مستأجر	ثابت	مكتبات	زملاء
مسافر	راحب	بادر	معتقدات	عدسات
كاتب	مميزات	وعد	سريع	أصلح
الوان	زعيم	الوطن	اهمال	وفاء
ميعاد	جرس	ثقيل	سام	ارتياح
اهانات	نموذج	اشكال	انتصار	تأهيل
مكعب	ملتهب	أسنان	جاسوس	سجين
ساخر	ربح	وظائف	تهور	سلالم
مهندس	مراحل	الصبر	قاتل	أخلاق
شقيق	بحر	ثعبان	طابع	مفهوم
حفظ	خيوط	اتجاهات	ساحل	تركيز
مخبأ	نجار	الليل	حارس	أخبار
بطل	ذئب	شراع	بركان	مسافات
وزن	زجاج	أمهل	علاقات	تعديل
يذهب	جندى	انتقام	يحمى	شروط
مواصلات	مشروع	رياح	مستحيل	انواع
خطاب	مطافىء	ثلج	تصريح	فحص

٣٦	٣٧	٣٨	٣٩	٤٠
صريح	يطيع	عنوان	يسامح	القاهر
الهنماء	دهاء	أفراح	وزن	غريب
مزعج	نقود	شريط	أدوار	اطفال
مهدیء	اقتراحات	عصفور	صامت	قواعد
يدخن	موقف	ازدهار	اراء	صندوق
يفتح	شباك	تشجيع	سائق	ظاهر
ينمو	انسان	قديم	باهر	كاذب
علامات	تنافس	تسجيل	تنازل	جدول
مثلث	انتهازى	جوائز	دماء	راديو
احترام	خاتم	ترفض	رأس	زيتون
زراع	عصير	مجلات	مراهق	فندق
مجهود	زائر	شرير	استغلال	متفوق
أعياد	حفلات	صحفى	طيران	مواطن
ميزان	الفجر	شهور	نشيد	ازعاج
مخلص	مدهش	قطط	كسل	ضخم
مستوى	شموع	لقاء	ضمير	المستقبل
صوت	اغنام	اتصالات	تمهيد	صفات
ستائر	جميل	ساخن	حماس	مبادىء
ذعر	اعتراف	خسائر	يمسك	عقل
شاطیء	مسحوق	شركات	مشرف	مواطن
			توقف	

مقياس وكسلر - بلفيـــــو
قائمة المفـــردا ت

التعلـيمات :-

أنا أبغي اشوف كام كلمه تعرفينها انتبه كويس وقولي ويش معـــنى الكلمات د ه :

قمح : يعني ويش قمح

مقياس وكسلر - بلفيو

قائمة المفردات

١ — قمح	٢٢ — قرض
٢ — جمل	٢٣ — إستئصال
٣ — شقيق	٢٤ — تصنيع
٤ — باكر	٢٥ — كثيف
٥ — صخور	٢٦ — متناقض
٦ — عاصمة	٢٧ — قصاص
٧ — فندق	٢٨ — تضميد
٨ — قرية	٢٩ — مكافحة
٩ — بجانب	٣٠ — نصاب
١٠ — ذنب	٣١ — مؤتمر
١١ — ماذا	٣٢ — متطرف
١٢ — تمرد	٣٣ — فطرة
١٣ — إستعراض	٣٤ — قريحة
١٤ — متهور	٣٥ — سراب
١٥ — أمة	٣٦ — أسطورة
١٦ — محنة	٣٧ — صمام
١٧ — كهل	٣٨ — طمس
١٨ — اكتئاب	٣٩ — كوميديا
١٩ — حملة	٤٠ — جدوى
٢٠ — طوارىء	٤١ — معنوى
٢١ — برنامج	٤٢ — نووية